



**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO-EMPRESARIALES  
Y HUMANAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**“AUTOESTIMA, RESILIENCIA Y FUNCIONAMIENTO  
FAMILIAR EN LA DECISIÓN DEL ABORTO EN MUJERES  
AREQUIPEÑAS”**

**Autoras:**

Romina Berenis Solanghe Miranda Chávez

Randy Del Carmen Farfán Pinto

**Tesis para optar el Título Profesional  
de Licenciada en Psicología**

**Asesora:**

Prof. Jessica Lewis Paredes

**Arequipa – Perú**

**2018**

### ***Dedicatoria***

A Dios, a la Virgen María y a nuestros padres.

### ***Agradecimientos***

En primer lugar, gracias a Dios y la Virgen María.

A las Instituciones que accedieron a la  
evaluación y a las mujeres que participaron  
voluntariamente.

Gracias también a nuestros familiares,  
amigos y profesores que de distintas formas  
ayudaron y alentaron a que este proyecto se lleve a  
cabo.

En especial a nuestra asesora.

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>9</b>
JUSTIFICACIÓN .....	9
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	10
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN: .....	10
LIMITACIONES DE ESTUDIO: .....	11
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
2. BASES TEÓRICAS.....	14
2.1.1 <i>Autoestima</i> .....	14
a) Concepto.....	14
b) Características del Autoestima .....	14
c) Elementos de la Autoestima .....	15
d) Tipos y niveles de la Autoestima.....	15
e) Estados la Autoestima.....	16
2.2 <i>Resiliencia</i> .....	17
a) Desarrollo histórico.....	17
b) Concepto.....	17
d) Pilares de la Resiliencia .....	18
e) Factores protectores y de riesgo.....	19
2.3 <i>Familia</i> .....	20
a) Concepto.....	20
b) Misión fundamental de la familia .....	21
c) Características Familiares .....	22
d) La familia como núcleo espiritual al modelo sistémico circunflejo .....	23
e) Modelo Circunflejo de Olson: Cohesión y Adaptabilidad.....	23
f) Niveles de funcionamiento familiar de Olson: .....	25
g) Familia y resiliencia.....	28
2.4 <i>Aborto</i> .....	28
a) Concepto.....	28
b) Clases de aborto.....	29
c) Métodos de aborto.....	29
d) Declaración de la iglesia sobre el aborto .....	29
e) Mirada desde la mujer .....	30
2.5 Definición de términos básicos:.....	32
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....</b>	<b>33</b>
1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS .....	33
2. DISEÑO METODOLÓGICO.....	33
3. VARIABLES .....	33

4.	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	34
5.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....	35
6.	PROCEDIMIENTO: .....	40
7.	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS .....	41
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS.....</b>		<b>42</b>
	TABLA Y GRÁFICO N°1: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EVALUADAS SEGÚN LA EDAD .....	42
	TABLA Y GRÁFICO N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EVALUADAS SEGÚN EL ESTADO CIVIL .....	43
	TABLA Y GRÁFICO N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EVALUADAS SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN .....	44
	TABLA Y GRÁFICO N°4: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EVALUADAS SEGÚN SU OCUPACIÓN .....	45
	TABLA Y GRÁFICO N° 5: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EVALUADAS SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS.....	46
	TABLA Y GRÁFICO N°. 6: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EVALUADAS SEGÚN EL NIVEL DE AUTOESTIMA.....	47
	TABLA Y GRÁFICO N° 7: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EVALUADAS SEGÚN EL NIVEL DE RESILIENCIA .....	48
	TABLA Y GRÁFICO N° 8: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EVALUADAS SEGÚN EL NIVEL DE COHESIÓN FAMILIAR.....	49
	TABLA Y GRÁFICO N° 9: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EVALUADAS SEGÚN EL NIVEL DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR.....	50
<b>CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN .....</b>		<b>52</b>
<b>CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>		<b>57</b>
1.	CONCLUSIONES .....	57
2.	RECOMENDACIONES .....	58
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>		<b>59</b>
<b>ANEXOS .....</b>		<b>67</b>
	ANEXO 1: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG .....	67
	ANEXO 2: ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD & YOUNG .....	68
	ANEXO 3: ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III) .....	70
<b>APÉNDICES.....</b>		<b>72</b>
	APÉNDICE 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	72
	APÉNDICE 2 : FICHA DE DATOS.....	73



## RESUMEN

La investigación se enfocó en determinar los factores que intervienen en la decisión de abortar o proseguir con el embarazo tales como el nivel de autoestima, resiliencia y funcionamiento familiar. Para ello se propuso un diseño transversal de estrategia asociativa, de tipo comparativo. Se analizaron dos grupos, ambos conformados por 25 mujeres: el primero incluía a aquellas que concretaron el aborto y el segundo a aquellas que prosiguieron con el embarazo inesperado. Se realizaron las evaluaciones con la Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young, la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), analizando los datos mediante Chi Cuadrado. Esta evaluación se realizó en 4 entidades privadas y públicas de la ciudad de Arequipa.

Según los resultados encontramos que en las variables estudiadas existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de la muestra; en donde las mujeres que decidieron abortar presentaron niveles medio y alto de autoestima, en comparación de las mujeres que prosiguieron con el embarazo que presentaron niveles bajo y medio de autoestima. Así también, la resiliencia se ve marcada en las mujeres que prosiguieron con el embarazo con un nivel alto, a diferencia de las que ejecutaron el aborto quienes presentaron un nivel bajo de resiliencia. En cuanto al funcionamiento familiar las mujeres que decidieron abortar presentaron una adaptabilidad de tipo flexible y rígida además de una cohesión familiar de tipo dispersa y separada en comparación de las mujeres que prosiguieron con el embarazo que presentaron una adaptabilidad de tipo estructurada y una cohesión familiar de tipo conectada y aglutinada. Por lo que concluimos que no se puede negar la importancia y trascendencia que tiene el funcionamiento familiar, la autoestima y resiliencia ante la toma de decisiones en situaciones límites que vive la persona, como lo es un embarazo no esperado, en donde la mujer deberá optar por la ejecución del aborto o la continuación de la vida del no nacido.

**PALABRAS CLAVE:** Autoestima, Resiliencia, Cohesión Familiar, Adaptabilidad Familiar



## ABSTRACT

The research focused on determining the factors that influence the decision to abort or continue with pregnancy such as the level of self-esteem, resilience and family functioning. For this, a cross-sectional design of associative strategy of a comparative type was proposed. Two groups were analyzed, both consisting of 25 women: the first included those who completed the abortion and the second those who continued with the pregnancy who were evaluated with the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Wagnild Resilience Scale (ER) and Young, the Family Cohesion and Adaptability Assessment Scale (FACES III), and analyzing the data using Chi Square. This evaluation was carried out in 4 private and public entities of the city of Arequipa. According to the results we found that in the studied variables there are statistically significant differences between the two groups of the sample; where the women who decided to have an abortion had medium and high levels of self-esteem, in comparison to the women who continued with the pregnancy who presented low and average levels of self-esteem. Also, resilience is marked in women who continued with pregnancy with a high level, unlike those who performed the abortion who showed a low level of resilience. Regarding family functioning, women who decided to have an abortion had a flexible and rigid type adaptability as well as family cohesion of a dispersed and separate type compared to women who continued with pregnancy who presented a structured type of adaptability and family cohesion. types connected and agglutinated. So we conclude that it can not be denied the importance and significance of family functioning, self-esteem and resilience before making decisions in extreme situations that the person lives, such as an unexpected pregnancy, where the woman should opting for the execution of the abortion or the continuation of the life of the unborn.

**KEY WORDS:** Self-esteem, Resilience, Family Cohesion, Family Adaptability



## INTRODUCCIÓN

El tema del aborto, hoy en día, se ha tornado muy controversial; dejando de lado el peso moral que por sí mismo implica, muy probablemente por el relativismo reinante, la cultura de muerte (Juan Pablo II, 1995) y el impulso que le han dado algunos sectores sociales. Han dejado de llamarlo como tal, sustituyendo el vocablo aborto por la frase: “interrupción voluntaria del embarazo” que maquilla su trasfondo y pugnan por instalarlo como un derecho de la mujer, transgrediendo el primer derecho a la vida (Figueroa, 2008). El aborto tiene una alta incidencia en nuestro país, presentando secuelas psicológicas y biológicas que muchas veces son ignoradas y no tratadas de forma correcta (Taype-Rondan & Merino-García, 2016). Ello repercute enormemente sobre la salud integral y dignidad de la persona (Álvarez, 2015). Es una problemática compleja, ya que involucra aspectos sociales, políticos, médicos, religiosos, éticos, entre muchos otros. Pero también es, y en gran medida, un serio problema moral para cualquiera sea o no creyente (Arnau, 1991).

Asimismo, Pablo VI (1965) en su encíclica *Gaudium et Spes* nos recuerda que: "Dios, Señor de la vida, ha confiado a los hombres la insigne misión de proteger la vida, que se ha de llevar a cabo de un modo digno del hombre. Por ello, la vida ya concebida ha de ser salvaguardada con extremados cuidados; el aborto y el infanticidio son crímenes abominables" (p.27).

Por ello, los seres humanos no deben negar la realidad de las cosas, defendiendo la vida y la dignidad humana, que tiene su más profundo fundamento en el hecho de ser hijos de Dios. Debemos procurar por todos los medios pertinentes y a nuestro alcance que las leyes no permitan la muerte violenta de seres inocentes e indefensos atentando contra el don de la maternidad, alterando la naturaleza femenina y asediando la procreación como fin propio del matrimonio (Castro, Riesco & Bobadilla, 2016).

Dada la importancia del tema y los muchos aspectos involucrados, se cree que la investigación en torno a los factores que llevan a las mujeres a la decisión de abortar debe ser más amplia. Ello permitiría comprender mejor esta conducta y en alguna medida poder prevenir que se cometan más abortos, más aún cuando son reconocidas no sólo las implicancias morales, sino también los efectos psicológicos percederos en quienes los cometen (Gómez & Zapata, 2005).

Desde esa perspectiva, el tema a investigar exigirá un análisis coherente y sistemático de las variables propuestas, como son aspectos psicológicos (autoestima, resiliencia) y de orden familiar (cohesión y adaptabilidad). Los resultados serán analizados comparando con algunas investigaciones realizadas hasta el momento, buscando en un futuro poder intervenir positivamente con la praxis de la psicología en la prevención de decisiones que atenten contra la vida y la dignidad de la persona.





## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### Justificación

Las investigaciones realizadas en nuestro país demuestran que se estima la ocurrencia de 352 mil abortos inducidos al año (Ferrando, 2001). De igual forma, los datos brindados por una serie de encuestas demográficas y de salud familiar en el Perú concluyen que se registra un aborto por cada niño nacido y que sólo el 14% de las mujeres que abortaron se hospitalizan debido a las complicaciones (Instituto nacional de Estadística e Informática, 2001). En la primera encuesta nacional de la juventud se encontró que el 34,8% de mujeres en el Perú tiene conocimiento de que alguien cercano a ellas practicó un aborto (Secretaría Nacional de la Juventud, 2011). También se estimó que un 28% de las mujeres se someterían a un aborto si no contaban con medios económicos para enfrentar la situación. El 15,6 % tomaría esta decisión por miedo a que su pareja la abandone y un 7,9% abortaría por temor a los padres.

Un reporte dado por el Ministerio de Salud y la Coordinadora del Proyecto Esperanza Neldy Mendoza (citado por Puma, 2011), indican que Arequipa ocuparía el tercer lugar, donde se realizan abortos de forma clandestina con mayor frecuencia.

A su vez, se registraron casos de abortos atendidos en 4 hospitales de Arequipa, referidos por Mercedes Neves (citada por Quispe, 2014), la coordinadora del Foro Regional de los derechos sexuales y reproductivos, registrando 3.000 abortos cada año. Estas cifras son realmente preocupantes, dado que revelan que nuestra ciudad es una de las más vulnerables en la ejecución del aborto.

Frente a esta realidad, acompañada de la famosa cultura de muerte (Juan Pablo II, 1995), que aleja a las personas de su vida interior e impulsa el despliegue del hedonismo y relativismo, surge la inquietud de encaminar a la búsqueda de la verdad sobre este álgido tema. Objetivo que debería acompañar en la formación profesional, como lo recuerda San Juan Pablo II (1990), en la Constitución Apostólica *Ex corde Ecclesiae* y refiere que “La tarea privilegiada de toda Universidad Católica es la de unificar existencialmente en el trabajo intelectual dos órdenes de realidades que muy a menudo se tiende a oponer como si fuesen antitéticas: la búsqueda de la verdad y la certeza de conocer la fuente de la verdad” (p.1).

Asimismo, propone la investigación como tarea inherente al quehacer universitario en torno a temas de tipo ético, concibiendo a la persona humana en su integridad (biológica, psicología y espiritual) y que alcancen conocimientos que promuevan la dignidad humana.

Es por ello, que se encuentra un gran valor en indagar sobre factores psicológicos y sociales, que pudieran estar involucrados en la decisión de abortar o abstenerse de hacerlo. Factores psicológicos que comprenden la autoestima, que desarrolla el sentimiento de valía y respeto de sí



mismo, y la resiliencia, que facilita la competencia personal y la aceptación de uno mismo y de la vida. Ambos factores intervienen en la respuesta de la persona ante situaciones límites, como lo es un embarazo no deseado. En cuanto a los factores sociales, se toma en cuenta la tipología de la familia donde, marcada por su cohesión y adaptabilidad, interviene en la formación de fortalezas y valores, brindando el soporte y apoyo adecuado en la toma de decisiones como lo es la ejecución del aborto o continuar con el embarazo.

Por lo que, llevando a cabo esta investigación los resultados obtenidos contribuirán a las escasas investigaciones sobre la decisión del aborto, orientada a la búsqueda de la verdad y la defensa de la dignidad humana.

### **Formulación del problema**

Dado el profundo impacto que representa la decisión de abortar tanto a nivel psicológico como moral, encontramos necesario ahondar sobre cuáles son las características que llevan a la toma de dicha decisión. Evidentemente cada caso es muy particular, sin embargo, nos planteamos si algunas características de orden psicológico y familiar influirán en dicha decisión. Trazamos por ello la siguiente interrogante:

¿Existe diferencia en el nivel de autoestima, resiliencia y funcionamiento familiar entre las mujeres que proceden a abortar y aquellas que continúan con su embarazo?

### **Objetivos de la Investigación:**

#### **General**

Determinar la diferencia y relación entre el nivel de autoestima, resiliencia, y funcionamiento familiar entre las mujeres que decidieron realizarse un aborto y en aquellas que prosiguieron con el embarazo.

#### **Específicos**

- Determinar el nivel de autoestima de las mujeres que optaron por el aborto y aquellas que prosiguieron con su embarazo.
- Precisar el nivel de resiliencia de las mujeres que optaron por el aborto y aquellas que prosiguieron con su embarazo.
- Establecer los niveles de Cohesión Familiar en mujeres que optaron por el aborto y aquellas que prosiguieron con su embarazo.
- Evaluar los niveles de Adaptabilidad Familiar en mujeres que optaron por el aborto y aquellas que prosiguieron con su embarazo.



### **Limitaciones de estudio:**

Una de las limitaciones principales del estudio fue la escasez de antecedentes de investigación sobre el tema y su amplia controversia, lo que no permitió contar con muchos datos estadísticos que sirvieran de marco de referencia para la investigación actual.

Siendo el aborto provocado en nuestro país un delito, no ha sido fácil contar con la participación abierta de muchas mujeres que han incurrido en esta práctica. Asimismo, han influido prejuicios, sentimientos de vergüenza, culpa o rechazo, los mismos que han intentado ser superados garantizando el anonimato, confidencialidad, total libertad y voluntariedad para la participación en la presente investigación. Se ha previsto también el ofrecimiento de orientación y consejería psicológica con entidades que puedan ofrecer el apoyo correspondiente.

Por último, al ser un problema multifactorial y complejo es posible queden excluidas muchas otras variables de diversa naturaleza como biológica o cultural, que no se circunscriban a las señaladas en esta investigación.



## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 1. Antecedentes de la investigación

Es importante resaltar que en la actualidad las investigaciones sobre la causalidad y los efectos del aborto son escasas, por lo que son pocos los artículos que aportan y enriquecen a nuestra investigación.

El reporte del grupo de trabajo de APA sobre salud mental y aborto (American Psychological Association, 2008) recoge información acerca de los estudios realizados en mujeres que abortaron, para identificar los problemas mentales que surgieron en mujeres practicantes del aborto en los Estados Unidos. Consideraron 3 interrogantes que englobaron la recolección de información, siendo la primera acerca de los posibles daños en la salud mental, seguido de la prevalencia de mujeres con problemas mentales por haber consumado el aborto y por último la predicción de problemas psicológicos secundarios al aborto. La evidencia indica que el riesgo de tener alteraciones en la salud psicológica, tras haber realizado un aborto, no era mayor del que se podía dar en mujeres que daban a luz a un hijo no deseado. Resaltan los autores, que a pesar de ello, se pudo encontrar en las mujeres que habían abortado rasgos de tristeza, sensación de soledad, depresión y ansiedad. Esta investigación concluye, también, que no existe suficiente evidencia como para afirmar asociaciones directas entre problemas de salud mental y aborto. Por tal motivo, considerando la sintomatología de las mujeres que habían abortado, fue necesario recomendar más investigaciones acerca del Síndrome Post-Aborto. La investigación titulada “La categorización diagnóstica del Síndrome Post aborto” realizada en la universidad de Navarra (Gómez & Zapata, 2005), cuyo objetivo fue asignar la categoría diagnóstica de este Síndrome, tomando una muestra de 10 mujeres con una sintomatología formada por: pesadillas, sueños, sentimientos de culpa y la necesidad de enmendar lo cometido presentando comorbilidad con el Trastorno de Estrés Post Traumático.

Asimismo, se realizó un estudio en Argentina titulado “Consecuencias Psicológicas del aborto a muy corto plazo” (Pavía, 2000). En esta investigación las evaluadas presentaron sentimientos de depresión, dificultad en el manejo de la agresividad, de la impulsividad y de los afectos. Del mismo modo, se evidenciaron trastornos de tipo depresivo, tales como la pérdida del interés a actividades anteriormente placenteras, presencia de humor disfórico, crisis de llanto, ideas de suicidio y el Síndrome aniversario con molestias físicas y psíquicas en la fecha que se dio el aborto. Por tales síntomas este estudio concluye que el aborto es un elemento estresante que implica un alto impacto en el nivel emocional y que da lugar a alteraciones del sistema inmunológico de la mujer.



En el estudio denominado “Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: Un enfoque integral de promoción de salud” (Martin & Reyes, 2003), se pudo comprobar que el carácter repetitivo del aborto estaría relacionado con el incumplimiento de las funciones y la falta de transmisión de los valores sexuales en la comunicación familiar. Se apreció que los padres no fomentaron la responsabilidad sexual. Además, la relación de madre e hija (que aborto) se encontraría inmersa en problemas de desconfianza, desconocimiento de conflictos emocionales, poca solidaridad e insatisfacción con los vínculos familiares.

Un estudio realizado en Chile (Baeza, Poó, Vásquez, Muñoz & Vallejo, 2007) titulado “La Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena Región”, concluye que las adolescentes presentan como factores de riesgo a un embarazo no planificado el amor romántico y los límites polares familiares. Encontrando como factores protectores del embarazo la capacidad de reflexión y familia cuidadora.

En nuestro país se realizó la investigación que llevaba por título “Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes” (Calderón & Alzamora de los Godos, 2006) basándose en estudio de casos y controles, formado por mujeres que abortaron y mujeres que continuaron el embarazo llevando control médico en el Hospital regional de Trujillo. Los resultados afirmaron que solo el 20% de los que abortaron comunicaron a sus padres sobre su embarazo, en contraste al 62% de las que continuaron con la gestación. Concluyendo que era necesario lazos de confianza con los padres ya que intervienen positivamente en el hecho de continuar con el embarazo.

En nuestra ciudad “Proyecto Esperanza” realizó una investigación titulada “Síndrome post aborto y repercusiones en la mujer, familia y sociedad” (Mendoza, 2008), Teniendo como resultado un elevado sentimiento de culpabilidad en mujeres que practicaron el aborto y efectos secundarios negativos psicológicos posteriores al suceso. Asimismo, la apreciación que la mujer pueda tener de que con el aborto ha terminado con la vida de su hijo, podría ser un factor para desencadenar los trastornos psicológicos posteriores.

Un estudio realizado en Brasil titulado “Evaluación de la autoestima de gestantes con uso de la Escala de Autoestima de Rosenberg” (Macola, Valle & Carmona, 2010) demostró que el 60% de las gestantes poseían autoestima insatisfactoria. En relación con los datos sociodemográficos, las mujeres que tenían menor escolaridad presentaron autoestima baja, de igual manera aquellas mujeres que reportaron un embarazo no planificado presentaron mayor prevalencia de autoestima baja que aquellas que habían indicado haberlo planificado, la ausencia del apoyo del compañero para cuidar del hijo después de su nacimiento también se asocia a una menor autoestima en embarazadas.



## **2. Bases teóricas**

### **2.1.1 Autoestima**

#### **a) Concepto**

Podemos considerar la autoestima como una experiencia personal, que es íntima y propia de la persona en cuanto a la estimación de valía. Desde las primeras investigaciones sobre este tema su definición ha cambiado y se ha ido añadiendo aspectos relacionados con el autorespeto y la autoaceptación (Branden, 2011).

Es entonces donde la autoestima se convierte en una capacidad que se desarrolla, y se fundamenta en experimentar apropiadamente la existencia, de ser conscientes del propio potencial, de ser capaces de sentir un amor propio incondicional y de confiar en uno mismo para lograr objetivos, a pesar de los obstáculos que puedan existir. Por ello, con la dependencia de una validación social, se considerará a la persona con una alta autoestima si ésta hace una alta valoración de sí misma.

Montoya y Sol (2001), consideran a la autoestima como la apreciación que se tiene de sí mismo a través de un proceso valorativo y acumulativo. La persona es capaz de experimentar un “Yo holístico” influenciado por los estados anímicos, los cuales persisten a lo largo del tiempo de forma continua. En cuanto al estudio de la autoestima, se han considerado a través del tiempo las versiones de la Escala de Rosenberg, desde el año de 1965, aun considerada como una de las más conocidas en investigaciones en este tema. (Ceballos, Camargo, Jiménez & Requena, 2011).

En las etapas de la vida, la autoestima será el pilar para el éxito personal, por ello es necesario el apoyarse de medios para su desarrollo, enfrentando las dificultades que puedan presentarse. También ha recibido definiciones tales como la propia capacidad de pensar, decidir y enfrentar problemas (Branden, 2011). Poseerá de igual manera funciones en el propio organismo como con el desarrollo personal, incorporándose a ésta, los aspectos biopsicosociales, quienes influirán de forma positiva o negativa en la salud.

#### **b) Características del Autoestima**

Según Bonet (1998), el individuo que posee una adecuada autovaloración y estimación personal manifiesta las siguientes características:

- Apreciarse sin enfatizar la posesión de cosas materiales.
- Aceptar límites, habilidades, defectos y oportunidades que pueda tener.
- Sentirse capaz de brindar amor, cariño y empatía.



- Tener en cuenta el cuidado fraternal de sus necesidades reales, tanto físicas, psíquicas, intelectuales y espirituales.

### c) Elementos de la Autoestima

Las bases de la autoestima son aquellos elementos sobre las cuales se origina y se apoya su desarrollo. Se fundamenta en tres bases esenciales:

- Aceptación general, permanente e incondicional.
- El amor, siendo el afecto que será dirigido a los demás.
- La valoración, comprendida por: la vinculación, siendo el resultado del gozo que se obtiene al establecer vínculos importantes; la singularidad, que es el conocimiento y respeto por cualidades únicas de la persona; el poder como capacidad de transformar circunstancias en la vida; y por último los modelos, que serán puntos de referencia para establecer los valores e ideales propios (Bonet, 1998).

### d) Tipos y niveles de la Autoestima

Considerando los principios de Rosenberg (citado por Chapa & Ruiz, 2012) la autoestima comprende 3 niveles:

- **Autoestima Alta:** Es decir que la persona se siente bien consigo misma, tanto con su cuerpo como con su forma de ser, ésta se establece por sentimientos que se experimentan y aprenden por parte de los padres, usualmente en los cinco primeros años de vida, pero sin dejarse de desarrollar posteriormente.

Es entonces cuando la persona va aceptando con responsabilidad ciertos defectos, las habilidades, actitudes y el interés acerca de uno mismo. Aceptándose plenamente y definiéndose como bueno.

- **Autoestima media:** Cuando el sujeto no se considera superior a otros, ni tampoco se acepta a sí mismo plenamente. Se trata de una autoestima que oscila en sentirse apta o no, aceptándose o no como persona. No habiendo una definición consigo mismo y mucho más con lo que quieren en su vida.

- **Autoestima baja:** La autoestima baja implica el rechazo o el sentir mal con sí mismo, oponiéndose a su cuerpo por percibir defectos en él. A veces no se respeta y se avergüenza de ser quien es. Se pueden dar estas características en las personas que tienen autoestima baja:

- Existe la presencia de una autocrítica rigorista, creando un estado habitual de insatisfacción consigo misma.
- La persona se vuelve hipersensible a la crítica, sintiéndose fácilmente atacado y experimentando resentimientos pertinaces contra sus críticos.



- Se da una indecisión crónica, por miedo exagerado a equivocarse, con un deseo excesivo de complacer, no siendo capaz de rechazar ante imposiciones de otros. Por el temor a desagradar y perder benevolencia del peticionario.
- El perfeccionismo, o auto exigencia de hacer «perfectamente», sin un solo fallo, casi todo cuanto intenta; lo cual puede llevarla a sentirse muy mal cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
- La culpabilidad neurótica: se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar a perdonarse por completo
- La hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aun por cosas de poca importancia; propia del supercrítico a quien todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.
- Las tendencias defensivas, un negativo generalizado (todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

#### e) Estados de la Autoestima

Para considerar a los estados de la autoestima, Ross (2013) provee información acerca del “Mapa de la Autoestima”, en donde hace alusión a estos períodos.

- a) **La autoestima derrumbada:** Es el estado de la persona que no se estima a sí misma, se detesta a sí misma. Quien tiene la Autoestima derrumbada se autodescribe con el nombre de una anti-hazaña.
- b) **La autoestima vulnerable:** La persona se respeta a sí misma, pero posee una autoestima frágil a la posible venida de anti-hazañas, comprendida por derrotas, vergüenzas y motivos de desprestigio. La persona con autoestima vulnerable se muestra nerviosa y maneja mecanismos de defensa.
- c) **La autoestima fuerte:** Se presenta en personas que tienen una buena imagen de sí y la fortaleza para que las anti-hazañas no la alteren. Las personas se caracterizan por el menor miedo al fracaso. Las características de estas personas es que se vean humildes, alegres, demostrando cierta fortaleza para no presumir de las hazañas y no tenerle miedo a las anti-hazañas.





## 2.2 Resiliencia

Al nombrar situaciones de riesgo, como lo es la decisión del aborto, y pensar en cómo las personas pueden enfrentarlas y actuar asertivamente para salir adelante, es preciso tomar en cuenta la resiliencia.

Wagnild y Young (1993) connotan a la resiliencia como una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta una adaptación. Por tal motivo es la capacidad de tolerar las presiones, obstáculos y resistir. Éste término es utilizado para describir a las personas que muestran coraje y capacidad de adaptación frente a las desgracias de la vida. Sin embargo, es importante concebir que es una habilidad que va mucho más allá, y que no solo permite a la persona sobreponerse y superar adversidades, sino también especular en el futuro.

### a) Desarrollo histórico

Según Kaplan (citado por García-Vega & Domínguez-de la Ossa, 2013), desde la década de los 70 se comienza a hablar de factores protectores que permiten que niños y niñas tengan una adaptación positiva en situaciones de adversidad.

Werner y Smith (1982) realizaron un conocido estudio, en el que siguieron durante 30 años a un grupo de 698 niños en la Isla de Kauai (archipiélago de Hawaii), dichos niños se encontraban expuestos a numerosos factores de riesgo que parecían predecir trastornos de conducta y problemas personales futuros, sin embargo observaron que una tercer parte de estos niños lograron salir adelante y tener éxito en la vida. En este estudio se evidenció que las predicciones de riesgo que se deducen a partir de la presencia de algunos factores, no se cumplen del todo, por lo tanto, nace la necesidad de estudiar los factores que protegen a las personas, en especial el factor de resiliencia.

Después varios autores comenzaron a entenderla como “Adaptación Positiva”, sin embargo la resiliencia implica riesgo y protección, la adaptación no. Asimismo, la persona resiliente busca sobrepasar la adversidad y mirar al futuro, en la adaptación se afronta la situación sin prever las implicaciones futuras (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013).

### b) Concepto

La resiliencia, al igual que otros términos en psicología, carece de un consenso acerca de su definición. Ya que “el fenómeno es complejo y no tiene una sola explicación causal, sino que tiene que ser concebido como un proceso multifactorial en el que convergen las distintas dimensiones del ser humano” (García- Vesga y Domínguez de la Ossa, 2013, p. 14).

Otros autores (citados por Melillo & Suarez, 2005) resaltan que hay que distinguir tres componentes esenciales que deben estar presentes en el concepto de resiliencia:

- La noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al desarrollo humano.
- La adaptación positiva o superación de la adversidad.
- El proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano

Asimismo, la palabra resiliencia proviene del término latín *Resilium*, que significa volver atrás, volver de un salto, volver al estado inicial, o rebota. Lo cual también ha sido referido para la capacidad de elasticidad de una sustancia (Greene & Conrad, 2002).

El diccionario de la RAE, la define como la capacidad humana para asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Para Wagnild y Young (citados por Villalobos, 2009) la resiliencia es la habilidad que tiene una persona de cambiar las desgracias con éxito.

Luthar, Cichetti y Becker (citados por Vera & Rodríguez, 2011) la definen como un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contexto de gran adversidad.

Según Maciaux (citado por Villalobos, 2009), se utiliza este término para caracterizar a los individuos que son capaces de desarrollarse psicológica y socialmente de una manera adecuada, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores y condiciones de vida desfavorables o de riesgo.

### **c) Factores que promueve la Resiliencia**

Según la American Psychological Association (APA, citada por Villalobos, 2009) los factores para afirmar la resiliencia son:

- Tener relaciones de amor, cariño, apoyo, y confianza dentro y fuera de la familia.
- Capacidad de proyectar metas y cumplirlas.
- Confianza y concepción positiva de sí mismo.
- Habilidad de comunicación y solución de problemas.
- Capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes.

### **d) Pilares de la Resiliencia:** Según Barranco (2009), son los siguientes:

- Introspección: Habilidad de interrogarse a uno mismo y darse una respuesta honesta.



- Autonomía: Capacidad de sostener una distancia emocional y física con otras personas sin caer en el aislamiento.
- Capacidad de relacionarse: Establecer lazos con otros, nivelando la propia necesidad de afecto.
- Iniciativa: Exigirse y ponerse a prueba en labores cada vez más exigentes por voluntad propia.
- Humor: Poder encontrar lo cómico en la propia tragedia.
- Creatividad: Habilidad de generar orden, beldad y finalidad a partir de caos y el desorden.
- Moralidad: Buscar el bienestar a otros, así como la capacidad de comprometerse con valores

#### **e) Factores protectores y de riesgo**

##### **Factores protectores:**

Rutter (1985) define los factores protectores como las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo. Por lo que encontramos que contrario a lo que generalmente se piensa, un factor protector no tiene necesariamente que ser algo agradable, sino que el atravesar dificultades puede fortalecer a la persona.

Según Werner (citado por Kotliarenco et al., 1997, p.14) son tres los mecanismos por los que operan los factores protectores:

- Modelo compensatorio: los factores estresantes y los atributos individuales se combinan en la predicción de una consecuencia, y el estrés severo puede ser contrarrestado por cualidades personales o por fuentes de apoyo.
- Modelo del desafío: el estrés es tratado como un potencial estimulador de competencia (cuando no es excesivo).
- Modelo de inmunidad: hay una relación condicional entre estresores y factores protectores.

Tales factores modulan el impacto del estrés en calidad de adaptación, pero pueden tener efectos no detectables en ausencia del estresor. Kotliarenco et al. (1997) clasifican los factores protectores en tres grandes grupos. En base a estos, mencionaremos los que esta autora refiere, y añadiremos algunos otros que se han encontrados en la revisión exhaustiva de la literatura.



### **Factores de riesgo:**

Braveman (2001, citado por Salgado, 2012) define los factores de riesgo como aquellos estresores o condiciones ambientales que incrementan la probabilidad de que un niño experimente un ajuste promedio pobre o tenga resultados negativos en áreas particulares como la salud física, la salud mental, el resultado académico o el ajuste social. Generalmente, condiciones contrarias a las descritas en los factores protectores serán factores de riesgo.

Según Iraurgi (2012), hay factores de riesgo estructurales, tales como la pertenencia a un determinado estrato social, condición económica, etnia, religión o raza. Y hay factores de riesgo transaccionales, como la prematuridad al nacer, los problemas familiares, la violencia, la enfermedad, las pérdidas, el maltrato. Después de ver tanto los factores protectores como los de riesgo, tenemos que tener presente que ninguno de estos por si solo garantiza el triunfo o el fracaso frente a la adversidad, pues como explica Kotliarenco et al. (1997) el carácter dinámico de estos mecanismos hace que no sean estables en el tiempo para cada una de las personas, ni menos aún para los grupos.

## **2.3 Familia**

### **a) Concepto**

La familia aparece como el primer entorno social de la persona, esfera donde da sus primeros pasos, aprende hablar, recibe afecto y es capaz de darlo, crece y socializa, etc. Desde esta perspectiva, la familia adquiere una dimensión personalizada y socializadora, potenciando fortalezas personales, valores individuales y sociales, que intervendrán en futuras decisiones de sus integrantes.

Así también, se puede ver como una exigencia antropológica, porque “su estructura no atañe solo al orden empírico de la coexistencia, sino que radica en una exigencia estructural del ser mismo del hombre” (D’Agostino, 2002, p. 21). Juan Pablo II (1986) refiere que el matrimonio como la familia son instituciones naturales, enraizadas en el ser mismo de la persona, cuyo bien específico beneficia a la sociedad.

Para el enfoque sistémico la familia es un conjunto organizado e independiente de personas que están en constante interacción. Este conjunto se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior (Minuchín, 1986, Andolfi, 1993, Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998, citados por Valdivia, 2008).



La Organización de las Naciones Unidas (citada por OMS, 1976) ha definido a la familia como al grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio.

La UNESCO (citada por Zarate, 2003) considera a la familia como un grupo social constituido por un conjunto de personas de diferentes lazos y edades relacionados por lazos que los unen entre sí como: consanguinidad, afectivos, jurídicos, y de consenso. Su inicio es en el matrimonio y permanece por la descendencia. La familia se encuentra en frecuente interacción con los demás sistemas sociales.

Palet (2007) define a la familia aduciendo que esta es una comunidad de amor y de vida cuya finalidad es no solo vivir sino vivir bien. La esencia de la familia no solo radica en cumplir con necesidades humanas, como la convivencia con otro y la de procreación, sino por fines trascendentales como el amor mutuo, ayuda recíproca y la difusión del bien, partiendo de los esposos y extendiéndose hacia los hijos. La autora afirma que los hijos no son solo fruto de la voluntad procreativa de los padres sino fruto de la relación conyugal de los padres. De tal forma que los padres no solo dan la vida, también transmiten un ser espiritual y psíquico necesario para la perfección personal de sus hijos.

Varios autores han definido a la familia desde varios aspectos, no obstante, el concepto de familia que preserva el presente estudio lo brinda Zárate y Palet. La definición de Zárate (2003), hace ahínco en dos importantes funciones de la familia, la función personalizadora y la función socializadora. En cuanto a la primera, la familia brinda una amplia formación personal al individuo, potenciando a su ser personal, ayudándole a adquirir hábitos apropiados, brindándole recursos psicológicos para que se desempeñe competentemente, fortaleciendo y moldeando la personalidad, ayudando a construir su identidad, encaminándolo hacia el bien. De ellos se deriva que a la ausencia de estas competencias puede transgredir notablemente la formación de cada uno de los miembros. La función de la familia de socialización es de vital importancia, dado que este es el primer lugar de contactos interpersonales en el que se establecen vínculos saludables o perjudiciales, dependiendo de las condiciones que brinda la atmosfera familiar que se construyen a través de los años, deberían ser vínculos fundados en el amor y la entrega familiar.

#### **b) Misión fundamental de la familia**

Mercedes Palet (2007), desarrolla recintos fundamentales que debe cumplir toda familia, y son los siguientes:

- Educar a los hijos, ayudando a adquirir los hábitos apropiados de manera que puedan vivir en buenas condiciones, evitando hacer lo malo.



- Trabajar y amar a sus hijos para que alcancen la segunda naturaleza, perfeccionada en el obrar por la virtud, por la que lleguen a ser hombres y mujeres felices.
- Conseguir que el hijo, por sí mismo y en libertad, aprenda a elegir y a decidir las acciones que habrá que tomar para alcanzar su bien y felicidad.
- Establecer relaciones cimentadas en el amor de los esposos unidos en matrimonio indisoluble que denotan estabilidad y permanencia.
- Le proporciona al niño la realidad y la experiencia vital de una relación personal continua, de entrega y servicio.
- Las relaciones de amor y entrega familiar son las que marcan al ser humano y son estructuradoras de la vida del niño.

#### **c) Características Familiares**

##### **Funciones de la Familia:**

Según López (2000), en la familia hay dos tipologías de funciones, las que tienen que ver con las tareas externas, y las que se dirigen a la integración de las personas.

- Tareas externas: Requieren cooperación de los miembros. Dentro de estas funciones se incluye la participación de otras instituciones (educativas, religiosas o políticas) en el desarrollo de cada miembro, y también se encuentran en este grupo las actividades económicas.
- Integración de las personas: Permite formar y conservar los vínculos. Requiere de solidaridad y se lleva a cabo a través de la comunicación e incluye el proceso de socialización de los hijos, para que se conviertan en personas sociales maduras.

Ambas funciones están logadas en cuanto a que se refieren a la distribución de actividades tanto en el interior como en el exterior de la familia.

##### **Estructura Familiar:**

Según la cantidad de miembros de una familia, la Organización de las Naciones Unidas (1994) con carácter universal, clasifica a los tipos de familia en:

- Familia Nuclear: Se encuentra integrada por padres e hijos.
- Familia Extensa: Integrada por tres generaciones además se incluyen otros parientes como tíos, primos, sobrinos, etc. que viven en el mismo hogar.



**d) La familia como núcleo espiritual al modelo sistémico circunflejo**

Palet (2007), asevera que la familia cobra un sentido fundamental en la formación personal y social del individuo, ya que se constituye como una base sólida y fundamental del desarrollo, bienestar psicológico, lugar de perfeccionamiento y encauzamiento hacia el bien, para que alcance la plenitud. El amor y la aceptación incondicional hacia los hijos son precisos para su sano desarrollo y crecimiento. El clima familiar de vínculos afectivos cercanos configura en el hijo estabilidad emocional, carácter firme y sólido, que le permiten desarrollar sus potencialidades, establecer una buena autoestima y también le proporcionan un sentido de pertenencia, actuando como factor protector y de soporte emocional ante los ataques y peligros de la sociedad, como por ejemplo los estereotipos del establecimiento de límites claros y normas de disciplina constructivas que favorecen el desarrollo de autonomía en los hijos. Gracias a estas características, los padres forjan un verdadero auto concepto y autoimagen en sus hijos quienes aprenden a reconocer y aceptar sus fortalezas y debilidades, tanto a nivel psicológico como físico, lo que da como fruto una autoestima equilibrada.

Consecuentemente, familias en cuyo interior se dan dinámicas críticas, con presencia de rechazo, distanciamiento emocional o escaso orden en las correcciones hacen vulnerables a los hijos a influencias negativas y a la aparición de conflictos psicológicos que a futuro podrían constituirse en verdaderas patologías mentales.

La función socializadora de la familia se ve cristalizada en las relaciones interpersonales y la convivencia temprana e íntima, privilegio máximo del seno familiar. Es por ello que la familia opta por una dinámica basada en el liderazgo democrático, reglas flexibles, roles intercambiables, puede forjar en sus miembros más jóvenes buenas capacidades de afrontamiento, tolerancia a la frustración, adaptación a nuevas situaciones, resiliencia, establecimientos de relaciones interpersonales sanas, entre otros.

**e) Modelo Circunflejo de Olson: Cohesión y Adaptabilidad**

Olson, Sprenkle y Russell (1979) han planteado el “Modelo Circunflejo” que evalúa a la familia como un todo, cuya funcionabilidad reside principalmente sobre la base de su adaptabilidad y de su cohesión, incluyendo posteriormente a la comunicación como tercera dimensión. Las dos primeras, son consideradas como dimensiones cuya combinación permite categorizar y clasificar la relación familiar en dieciséis tipos.

- **Cohesión Familiar:**

Es el vínculo emocional entre los miembros del sistema familiar (Olson, 1999), es decir el grado de unión que presentan entre sus miembros. Existen dos

componentes que son unificados: el vínculo emocional y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en su familia. Siguiendo el Modelo

Circunflejo, los conceptos específicos para medir y diagnosticar la dimensión de cohesión familiar son: vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y recreaciones (Olson, Sprenkle & Russell, 1979).

❖ **Tipos de familia de acuerdo con la variable cohesión (Olson, 1999):**

- **Desligada (Cohesión muy baja):** Caracterizada por la presencia de límites rígidos, constituyéndose cada individuo en un subsistema, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes.
- **Separada (Cohesión moderadamente baja):** Sus límites externos e internos son semi-abiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo, cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares.
- **Conectada (Cohesión moderadamente alta):** Poseen límites intergeneracionales claros, obteniendo sus miembros espacio para su desarrollo individual, además poseen límites externos semi-abiertos.
- **Aglutinada (Cohesión muy alta):** Se caracterizan por poseer límites difusos, por lo que se dificulta identificar con precisión el rol de cada integrante familiar.

• **Adaptabilidad Familiar:**

Es definida por Olson (1999) como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. En otras palabras, es la capacidad de cambio que logra una familia ante las nuevas situaciones (Sotil, 2002). Un sistema adaptativo requiere el equilibrio de la morfogénesis, en otras palabras, del cambio, y la morfotaxis, es decir, la estabilidad, distinguiendo así las familias funcionales y disfuncionales. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son (Olson, 1999):

- Poder en la familia (asertividad, control, disciplina)
- Estilo de negociación
- Relaciones de Roles
- Reglas de las relaciones



❖ **Tipos de familias de acuerdo con la variable adaptabilidad:** Según Olson (1999):

- **Caóticas (Adaptabilidad muy alta):** Determinadas por un liderazgo limitado o ineficaz, carencia de disciplina en sus miembros, los padres toman decisiones impulsivas, se evidencia falta de claridad en las funciones asignadas, y alteración en los roles y hay cambios frecuentes en las normas familiares.
- **Flexible (Adaptabilidad moderadamente alta):** Existe un liderazgo igualitario permisible, la disciplina es severa pero negociable, por momentos es democrática, llegando a un trato en la toma de decisiones, algunas reglas volubles y se conllevan los roles.
- **Estructurada (Adaptabilidad baja a moderadamente baja):** Liderazgo autoritario, fallas en la disciplina, se permite la democracia, los padres toman las decisiones, los roles son fijos, pero pueden compartirse, y las normas están instituidas, y su cambio es limitado.
- **Rígidas (Adaptabilidad muy baja):** Liderazgo autoritario, fuerte control parental, disciplina estricta, rígida, los padres imponen las decisiones, los roles de los miembros son definidos y sus límites no se pueden transgredir, las reglas se cumplen estrictamente sin posibilidad de cambios y negociaciones.

**f) Niveles de funcionamiento familiar de Olson:**

De acuerdo con la combinación de los 4 niveles de adaptabilidad y cohesión familiar, resultan 3 niveles de funcionamiento familiar (Olson, 1999).

• **Familia Balanceada o Equilibrada:**

Las familias son centrales en las dos dimensiones, y se encuentran como eje del círculo. Permiten que cada miembro actúe de manera independiente sin separarse, es decir, balanceando su independencia y dependencia familiar. Logran mantener un nivel de estabilidad familiar siendo flexible a cualquier cambio, son dinámicos. Además la familia es libre para moverse en la dirección que la situación, que el ciclo de vida familiar o la socialización de un miembro de la familia requiera. Ese tipo de familia es considerado el más adecuado. Se puede hablar de las familias, flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada (Zarate, 2003).



- Familias Flexiblemente Separadas: Presentan un liderazgo igualitario donde los integrantes pueden realizar cambios, siendo sus funciones compartidas, el tiempo individual es significativo ya que los intereses son diferentes, pero pasan tiempos juntos.
  - Familias Flexiblemente Conectadas: La disciplina es levemente severa, existe la posibilidad de negociación entre los miembros de la familia. La separación es respetada y poco valorada, y le da mayor importancia al tiempo en familias.
  - Familias Estructuralmente Separadas: Es autoritaria, a veces el liderazgo es igualitario. Los límites son claros con cierta cercanía entre los padres, siendo la lealtad familiar ocasional.
  - Familias Estructuralmente Conectadas: La disciplina es ligeramente democrática, porque los padres toman las decisiones. Presentan lealtad familiar y cercanía emocional. El tiempo compartido en familia y el espacio privado son dos factores importantes.
- **Familia de rango medio:** El funcionamiento de estas familias presenta algunas dificultades en una sola dimensión, las cuales pueden ser originadas por momentos de estrés (Zarate, 2003). La combinación de estas familias es “flexiblemente dispersa, flexiblemente aglutinada, caóticamente separada, caóticamente conectada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada, rígidamente conectada” (Camacho & Medina, 2010, falta número de página).
- Familias Caóticamente Separadas: Liderazgo limitado e ineficaz, porque la disciplina que se lleva es poco severa se acepta el involucramiento, pero se prefiere la distancia personal.
  - Familias Caóticamente Conectadas: No hay claridad en las funciones, el espacio privado es importante, prefiriendo los espacios separados, sin dejar de compartir espacios familiares.
  - Familias Rígidamente Separadas: El liderazgo es autoritario, fuerte control por parte de los padres, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal.
  - Familias Rígidamente Conectadas: Existen reglas estrictas, no es posible el cambio ya que es autocrático y se prefieren las decisiones conjuntas.
  - Familias Flexiblemente Dispersas: Con reglas flexibles, comparten roles, pero sus miembros tienen una escasa interacción entre sus miembros, ya que prefieren espacios separados.



- Familias Flexiblemente Aglutinadas: Liderazgo igualitario, abierta a los cambios, integrantes dependen uno del otro teniendo un alto grado de involucramiento.
- Familias Estructuralmente Dispersas: Alternadamente democrática, liderazgo parcialmente igualitario, ocasiones pueden ser autoritarias ya que los padres son lo que toman las decisiones.
- Familias Estructuralmente Aglutinadas: Las reglas estas deben ser cumplidas. Falta de límites entre sus miembros, dependencia afectiva, por lo que todo el interés se focaliza dentro de la familia.

• **Familia extrema o desbalanceada:**

Son una forma exagerada de las familias de rango medio, ya que pertenecen a un continuo de características que varían en intensidad, calidad y cantidad (Zárate, 2003). Son familias que no necesariamente son disfuncionales, sin embargo, carecen de recursos necesarios para afrontar los cambios siendo difícil su adaptación. Además, los niveles de comunicación son negativos. Tiene un funcionamiento menos adecuado que los demás niveles.

Las familias pueden funcionar desequilibradamente debido a un agente estresor de la cabeza de familia, entre otros, pero resulta problemático y poco funcional cuando las familias se mantienen desequilibradas por un periodo largo de tiempo. Sin embargo, los grupos extremos pueden funcionar bien por el tiempo que “Todos” los miembros de las familias lo deseen así, puesto que hay grupos culturales que determinan funcionamientos familiares extremos como algunos grupos (Olson, 1982).

En este nivel se encuentran las familias: caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa, rígidamente aglutinada (Camacho & Medina, 2010).

- Familia Caóticamente Dispersa: Cambios frecuentes en las reglas que se hacen cumplir inconscientemente, padres con decisiones impulsivas y predomina la separación emocional.
- Familias Caóticamente Aglutinadas: Disciplina y reglas flexibles, se da colaciones parento-filiales, siendo las decisiones sujetas al deseo de un grupo con intereses conjuntos dadas por mandatos.
- Familias Rígidamente Dispersas: Roles están estrictamente definidos, los padres son lo que imponen las decisiones, existe escaso involucramiento entre sus integrantes, pasan tiempo juntos y sus intereses son distintos.
- Familias Rígidamente Aglutinadas: Disciplina rígida y su aplicación severa con fuerte control por parte de los padres. Falta de límites generacionales y de separación emocional, escaso tiempo y espacio privado, existiendo dependencia afectiva.



#### **g) Familia y resiliencia**

Percibimos al explicar la resiliencia, que para que esta pueda desarrollarse tienen que intervenir una serie de factores. Además, este proceso al ser algo personal, presenta muchas variantes de persona a persona. Sin embargo, no se puede negar la importancia y trascendencia que siempre tiene la familia, en el desarrollo de resiliencia, y en sí en el desarrollo de toda la persona humana.

Bulnes (2008) afirma que la interacción familiar, según esta sea buena o mala, facilita o restringe el desarrollo de la identidad de sus miembros. Si las relaciones entre padres e hijos son de calidad, es decir se caracterizan por la existencia de canales efectivos de afecto y apoyo, promueven y potencian el ajuste psicosocial del hijo. Por esto el núcleo familiar “es por excelencia el soporte más importante para aprender a ser resilientes, para descubrir la capacidad que tenemos todos de superar el dolor que genera la adversidad” (Salgado, 2012, p. 108). Sin embargo, la familia no siempre resultará ser positiva, y así como puede incrementar la resiliencia, también puede aumentar la vulnerabilidad en todos sus miembros según su organización (Morelato, 2010). Por lo que podemos pensar que el nivel de resiliencia y la tipología familiar intervendrán positiva o negativamente en la decisión del aborto.

### **2.4 Aborto**

#### **a) Concepto**

La palabra “aborto” proviene del latín “abortare”, que a su vez deriva del término “aborior”. Este concepto se utilizaba para referir lo contrario a “orior”, que significa nacer (Bottini, 2014).

Según los conceptos de la medicina, se entiende al aborto como toda expulsión de un feto, ya sea de forma natural o provocada, en el periodo no viable de su vida intrauterina, cuando no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir. Si la expulsión del feto se realiza en un periodo viable pero antes del término del embarazo, entonces se tratará de un parto prematuro, tanto si el feto sobrevive como si muere (Arnau, 1991).

En otras palabras, el aborto es la interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo, cuando todavía no ha llegado a las veinte semanas de gestación, implica interrumpir el embarazo, impidiendo que el feto se desarrolle y nazca (Pelaez, 2014).



La Iglesia Católica entiende por aborto la muerte provocada del feto, realizada por cualquier método y en cualquier momento del embarazo desde el instante mismo de la concepción (Constitución Apostólica, 1988).

#### **b) Clases de aborto**

Según Arnau (1991) el aborto puede ser de dos tipos:

- El aborto espontáneo: se produce cuando surge la muerte intrauterinamente, o cuando ciertas causas motivan la expulsión del nuevo ser al exterior, falleciendo este por su falta de capacidad para vivir fuera del vientre de su madre.
- El aborto es provocado: se realiza o bien matando al hijo en el seno materno o bien forzando artificialmente su expulsión para que muera en el exterior.

#### **c) Métodos de aborto**

Los métodos que se utilizan para realizar abortos según la Dra. Zelmira Bottini (2014) son variados. En la elección de este, se tiene en cuenta fundamentalmente el tiempo de gestación. La finalidad siempre es la misma: interrumpir el embarazo. Se los clasifica en instrumentales (quirúrgicos y físicos) y químicos. Los abortos químicos se realizan introduciendo en la mujer, por distintas vías, sustancias capaces de desencadenar, alguna o todas de las siguientes acciones: matar el embrión, desprender el endometrio, desencadenar contracciones uterinas. Según de qué sustancia se trate actúa antes que el embrión haya anidado (tercer efecto de la píldora del día después) o una vez que se ha completado la implantación (la sustancia es el misoprostol). Esta última droga actualmente está muy promocionada. Se presenta como un método fácil, seguro, barato y domiciliario. Poco se comenta sus acciones secundarias (efecto teratogénico, que genera malformaciones sobre el embrión si el embarazo sigue su curso) y las complicaciones que suelen desencadenarse, como las hemorragias.

#### **d) Declaración de la iglesia sobre el aborto**

La Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe (1974) es la encargada de promover y defender la fe y la moral en la Iglesia universal y se propone recordar estas enseñanzas, en sus líneas esenciales, a todos los fieles:

- La tradición de la Iglesia ha sostenido siempre que la vida humana debe ser protegida y favorecida desde su comienzo como en las diversas etapas de su desarrollo. Oponiéndose a las costumbres del mundo grecorromano, la Iglesia de los primeros



siglos ha insistido sobre la distancia que separa en este punto tales costumbres de las costumbres cristianas.

- El respeto a la vida humana no es algo que se impone a los cristianos solamente; basta la razón para exigirlo, basándose en el análisis de lo que es y debe ser una persona. Constituido por una naturaleza racional, el hombre es un sujeto personal, capaz de reflexionar por sí mismo, de decidir acerca de sus actos y, por tanto, de su propio destino. Es libre; por consiguiente, es dueño de sí mismo, o mejor, puesto que se realiza en el tiempo, tiene capacidad para serlo, ésa es su tarea. Creada inmediatamente por Dios, su alma es espiritual y, por ende, inmortal. Está abierto a Dios y solamente en él encontrará su realización completa.
- El primer derecho de una persona humana es su vida. Ella tiene otros bienes y algunos de ellos son más preciosos; pero aquél es el fundamental, condición para todos los demás. Por esto debe ser protegido más que ningún otro. No pertenece a la sociedad ni a la autoridad, sea cual fuere su forma, reconocer este derecho a uno y no reconocerlo a otros: toda discriminación es inicua, ya se funde sobre la raza, ya sobre el sexo, el color o la religión. No es el reconocimiento por parte de otros lo que constituye este derecho; es algo anterior; exige ser reconocido desde la concepción y es absolutamente injusto rechazarlo.

#### **e) Mirada desde la mujer**

Al ser la mujer un personaje principal al abordar este tema consideramos que es importante bucear en las profundidades de lo que le ocurre a una mujer que, frente a un embarazo inesperado, es “seducida” por la idea de abortar. Asimismo, poder vislumbrar el impacto emocional que tiene el aborto en la vida de una persona que según Carolina de la Fuente (2014):

Está marcado por desconcierto, confusión, miedo, culpa, perplejidad, sentimiento de irrealdad que son algunos de los sentimientos por los que atraviesa una mujer, frente a un embarazo que no es aceptado. Es común que se sienta acosada interiormente por preguntas tales como: “¿qué hago?”, “¿cómo pasó?”, “¿a quién recorro?”; fuerte deseo de querer volver el tiempo atrás, y que ese embarazo no exista. Los motivos por los cuales una mujer afirma que desea abortar pueden ser variados; en algunos casos prevalece lo económico, en otros la situación de pareja, en otros lo familiar, lo social, lo personal (p.27).



Para poder comprender a una mujer en esta situación, debemos conocer, además de lo que ella pueda verbalizar, lo que ocurre en su interior; la mayoría de las veces, a nivel inconsciente. Para ello nos apoyaremos en las investigaciones realizadas por el médico psiquiatra canadiense Philip Ney (citado por De La Fuente, 2014). Él cual nos dice desde el momento de la concepción, nace una nueva vida y junto a ella, nace un nuevo vínculo. Entre una madre y su hijo se inicia, en un comienzo a nivel inconsciente, una conexión íntima, un lazo emocional profundo, único. Todo lo que ocurre a nivel físico tiene un correlato emocional. Este vínculo tiene una raíz biológica y está basado en el continuo intercambio de sustancias que se da a nivel de la sangre en la díada madre-hijo. La mujer a través de la placenta sujeta a su bebé y a través del cordón umbilical lo alimenta y le proporciona oxígeno. Pero muchas veces nos cuestionamos en ¿Qué pasa cuando ese embarazo no fue buscado?, ¿qué pasa cuando ese hijo es fruto de una violación? Sostiene De La Fuente (2014).

Independientemente de la manera en que ese hijo haya sido concebido, ese vínculo existe. Para cuando la mujer se entera que está embarazada, ya lleva al menos quince días de estar formándose ininterrumpidamente; y las emociones y sentimientos de esa mamá (aun cuando ella no sea consciente) están ya comprometidas con el desarrollo y crecimiento de ese hijo. La negación del vínculo que una mujer pueda pensar en abortar tiene que poner en marcha diferentes mecanismos psicológicos – deshumanización, racionalización y negación– que le permitan negar ese lazo (p.27).

En este contexto, un embarazo inesperado despierta en la mujer mecanismo relacionados con los conflictos no resueltos; y frente al dolor y a la confusión, es probable que se desconecte emocionalmente, deshumanice a su hijo y, con la ilusión de “desembarazarse del problema”, aborte. Cuando los conflictos no se elaboran, con cada repetición, se intensifican. Abortar implica romper, cortar, perder ese vínculo que venía desarrollándose en forma inconsciente en ella; que, de haberlo hecho consciente, probablemente no lo hubiera roto (Bottini, 2014).

Por último, la interrupción del embarazo da lugar a un vacío insondable y a una profunda sensación de incompletud aun cuando la persona no sea del todo consciente de esto. Por lo que De la Fuente (2014) nos dice:

El carácter abrupto de la ruptura del proceso psicofísico suele producir una alteración en el biorritmo, generando trastornos en el sueño (como insomnio, pesadillas –suelen soñar con oscuridad, llantos de bebé, gritos, sangre; y esto tiene que ver con el registro interior que la mujer tiene de lo que ocurre antes, durante y después del aborto, aun cuando haya estado bajo el efecto de la anestesia–), en la alimentación y/o en la sexualidad. Por tratarse de una situación traumática, es



probable que se le impongan imágenes y recuerdos recurrentes, como así también, que necesite evitar situaciones y/o personas que le recuerden el aborto, como embarazadas, niños, médicos, etcétera. También puede haber un agravamiento de los síntomas en fechas particulares: el día en que el bebé podría haber nacido y la fecha en la que se produjo el aborto, síndrome del aniversario. Recordemos que los mecanismos que por un lado le permiten a la mujer abortar, por otro lado, la dejan emocionalmente anestesiada, agravando la desconexión con sus necesidades y deseos más profundos (p. 30).

## 2.5 Definición de términos básicos:

- a. **Autoestima:** Apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo (Rosenberg, 1996).
- b. **Resiliencia:** Característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés, animando así el proceso de adaptación (Wagnild y Young, 1993).
- c. **Cohesión familiar:** Es “el vínculo emocional que los miembros de un sistema familiar tienen entre sí” (Olson, 1999, número de página). Es decir, el grado de unión que presentan entre sus miembros (Salazar, 2013).
- d. **Adaptabilidad familiar:** Es la “habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de sus relaciones” (Olson, 1999, número de página). Es decir, es la capacidad de cambio que logra una familia ante las nuevas situaciones (Sotil, 2002).
- e. **Aborto:** Según los conceptos de la medicina, se entiende al aborto como toda expulsión de un feto, ya sea de forma natural o provocada, en el periodo no viable de su vida intrauterina, cuando no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir. Si la expulsión del feto se realiza en un periodo viable pero antes del término del embarazo, entonces se tratará de un parto prematuro, tanto si el feto sobrevive como si muere (Arnau, 1991).



## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

### 1. Formulación de hipótesis

Existe diferencia y relación en el nivel de autoestima y resiliencia, en donde estas variables obtienen un nivel alto en las mujeres que prosiguieron con el embarazo en comparación de las que abortaron. Asimismo, el funcionamiento familiar de las mujeres que prosiguieron con el embarazo se caracteriza por un tipo de cohesión conectada y un tipo de adaptabilidad estructurada.

### 2. Diseño metodológico

El presente trabajo es un estudio transversal, de tipo descriptivo comparativo y de estrategia asociativa, en el que se analizan dos grupos, el primero conformado por mujeres que procedieron a realizarse un aborto y el segundo integrado por mujeres que descartaron la decisión de abortar y prosiguieron con el embarazo. En ellos se describen y comparan las variables autoestima, resiliencia y funcionamiento familiar (Ato, López & Benavente, 2013).

### 3. Variables

#### Operacionalización de variables

Variables	Indicador	Dimensión	Instrumento
<b>Autoestima</b>	Sentimiento de valía y respeto a sí mismo.	Elevada Media Baja	Escala de Autoestima de Rosenberg
<b>Resiliencia</b>	Competencia personal, aceptación de sí mismo y de la Vida.	Baja Media Baja Media Media Alta Alta	Escala de Resiliencia Wagnild y Young
<b>Cohesión</b>	Vinculación Emocional		FACES III
	Limites		



	Coaliciones	Dispersa, separada, conectada y aglutinada	
	Tiempo y Espacio		
	Amigos		
	Toma de decisiones		
	Interés		
	Recreación		
<b>Adaptabilidad</b>	Poder en la Familia	Caótica, flexible, estructurada y rígida	FACES III
	Estilo de Negociación		
	Relación de Roles		
	Reglas		

#### 4. Población y muestra

##### Tipo de muestreo

En esta oportunidad, se usó un tipo de muestreo de tipo intencional, también conocido como no probabilístico. Este es definido por Lohr y Velasco (2000) como aquel en que el investigador decide los elementos que integran su muestra, suponiendo que son unidades típicas de la población que se desea conocer.

##### Conformación de la Muestra

Se evaluó a 50 mujeres de 4 entidades privadas y públicas en la ciudad de Arequipa: Hospital Regional Honorio Delgado, dos centros de Ayuda a la Mujer y madres de familia de una Institución Educativa Nacional.

##### Criterios de Inclusión

- Consentimiento informado verbal de las mujeres evaluadas, guardando confidencialidad en los datos brindados.
- Mujeres mayores o igual a 18 años
- Que hayan pasado por una experiencia de aborto provocado.
- Que hayan tenido intención de aborto, pero decidieron continuar con su embarazo.

##### Criterios de Exclusión

- Mujeres que no consintieron ser evaluadas.



- Mujeres menores de edad con experiencias de aborto o intención de aborto.
- Mujeres que hayan pasado por un aborto espontáneo.
- No haber completado la totalidad de las fichas de la evaluación

## 5. Técnicas e Instrumentos utilizados

### Escala de autoestima de Rosenberg

- **Ficha técnica:**

**Nombre:** Escala de Autoestima de Rosenberg.

**Autor:** Morris Rosenberg (1965)

**Administración:** Adolescentes y adultos.

**Duración:** 5 - 10 minutos.

**Aplicación:** Autoadministrada

**Significación:** Consta de 10 ítems, 5 de forma positiva y 5 de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia auto administrado. El objetivo es de identificar los grados de autoestima.

**Evaluación:** De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D de 1 a 4. Los puntos de corte son los siguientes:

Categoría	Puntaje
Autoestima Baja	0 - 25 puntos
Autoestima Media	26 - 29 puntos
Autoestima Elevada	30- 40 puntos

**Validez y Confiabilidad:** En relación con la confiabilidad, el estudio de Rosenberg (1965) con adolescentes estadounidenses, halló consistencia interna en la escala de autoestima mediante un Alfa de Cronbach de .92. Además, un estudio posterior de Góngora, Fernández y Castro (2010) con adolescentes argentinos, obtuvo un Alfa de Cronbach de .79, mostrando la consistencia interna de la escala. Mientras que, Atienza, Moreno y Balaguer (2000) obtuvieron un análisis de confiabilidad test-retest con participantes adultos chilenos que confirmó estabilidad temporal en la escala al cabo de dos semanas, tanto para hombres ( $r = .86$ ) como para mujeres ( $r = .64$ ).



Por otro lado, respecto a la validez de la escala, Góngora, Fernández y Castro (2010) hallaron correlaciones negativas y significativas de la escala de Autoestima con los constructos de depresión e insatisfacción corporal, demostrándose la validez convergente de la escala. También, dichos autores realizaron un análisis factorial que extrajo un solo factor que explicó el 36.1% de la varianza total. Asimismo, Muñoz (2015) en la investigación “Claridad del autoconcepto, autoestima y bienestar psicológico en adolescentes de zonas urbano-marginales”, analizó la confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach. La escala total, obtuvo un índice de .733 y la correlación ítem-test de los ítems fue adecuada, en un rango de 122 a 621 (Muñoz, 2015).

### Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

- **Ficha técnica:**

**Autor:** Gail M. Wagnild y Heather M. Young (1993).

**Administración:** Individual, colectiva o auto- administrada.

**Duración:** De 25 a 30 minutos.

**Aplicación:** Adolescentes y adultos.

**Significación:** Se evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia y satisfacción.

**Evaluación de la Escala:** Está conformada por 2 factores:

- **Competencia Personal:** Autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia; comprendiendo 17 ítems: 1,2,3,4,5,6,9,10,13,14,15,17,18,19,20,23 y24.
- **Aceptación de uno mismo y de la vida:** Adaptabilidad, balance, flexibilidad, perspectiva de vida estable y paz a pesar de la adversidad; comprendiendo 8 ítems: 7, 8 11, 12, 16, 21,22 y 25.

Los 25 ítems puntuados en una escala del formato tipo Likert de 7 puntos donde: 1, es máximo desacuerdo, 7, significa máximo de acuerdo. Los participantes indican el grado de conformidad con el ítem.



- Los puntos de corte son los siguientes:

Puntaje	Categoría
120 o menos puntos	Baja capacidad de Resiliencia
121 -145 puntos	Moderada Resiliencia
146 a más puntos	Resiliencia Elevada

**Los factores que mide esta escala también toman en cuenta los componentes de resiliencia:**

- **Ecuanimidad:** Perspectiva balanceada de la propia vida y experiencia, la persona toma las cosas con calma, por lo tanto, modera las reacciones ante los problemas.
- **Satisfacción Personal:** Estar convencido de tener un propósito personal y que requiere de esfuerzo.
- **Sentirse bien solo:** Ser consciente de que es necesario vivir y enfrentar algunas experiencias solo, sentirse bien en soledad brinda un sentido de libertad y sentirse único.
- **Confianza en sí mismo:** Creer en uno mismo y en las propias capacidades y limitaciones.
- **Perseverancia:** Persistir a pesar de la adversidad o desaliento.

**Validez y Confiabilidad:** En el Perú fue Novella en el 2002 quien la adaptó y analizó, obteniendo una consistencia interna global de 0.875. Recientemente, en el 2014, otra investigación realizada en nuestro país analizó sus propiedades psicométricas de validez y confiabilidad en una muestra de adolescentes, jóvenes y adultos estudiantes. Se concluyó que posee una elevada consistencia interna mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach ( $\alpha=.906$ ), respaldando la alta confiabilidad de esta escala (Castilla et al, 2014)



### **Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson (FACES III)**

• **Ficha Técnica:**

**Nombre del Cuestionario:** Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar de Olson (FACES III).

**Autores:** Olson, Russell & Sprenkle (1980).

**Procedencia:** Estados Unidos

**Características:** “La escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle ( FACES III)”, consta de 20 preguntas: las 10 impares evalúan la cohesión familiar y las pares la adaptabilidad familiar, las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert del 1 al 5 ( 1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 20 a 100.

Asimismo, tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar.

Los resultados relativos de cohesión se distribuyen en dos ítems para cada uno de los siguientes aspectos: Límites familiares (7-5), intereses comunes y recreación (13 -15), tiempo y amigos (9-3), vínculos emocionales (1, 11, 17, 19). Lo relativo a adaptabilidad se distribuye en dos ítems para cada uno de los siguientes aspectos: Liderazgo (6- 18), control (12,2), disciplina (4 -10), roles y reglas de relación (8-14-16-20).

**Administración:** Individual y colectivo.

**Duración:** Se puede completar en 5 a 7 minutos.

Puntajes de la escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson (FACES III)

	<b>Tipos</b>	<b>Amplitud de Clase</b>
<b>Cohesión</b>	Dispersa	10 – 34
	Separada	35 – 40
	Conectada	41 – 42
	Aglutinada	43 – 50
<b>Adaptabilidad</b>	Rígida	10 – 19
	Estructurada	20 -24
	Flexible	25 -28
	Caótica	29 – 50

**Aspectos que evalúan:** La escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson, Russell & Sprenkle (FACES III) tiene como propósito evaluar dos de las dimensiones del Modelo Circunflejo de Sistemas Familiares y Maritales: la cohesión y la adaptabilidad familiar.

**Validez y confiabilidad:** Para esta investigación se utilizará la versión de la validación realizada en España por Polaino Lorente y Martínez Cano en 1998. Esta versión fue adaptada en el Perú por Reusche a través de un sistema de jueces, y de análisis cualitativo. Se usó el coeficiente de alpha de cronbach para cada una de las dimensiones: cohesión y adaptabilidad, y se obtuvieron puntajes que demuestran la consistencia interna de la prueba. La confiabilidad determinada por test-retest, con intervalos de 4 a 5 semanas, arrojó para cohesión  $r=0.83$  y para adaptabilidad  $r=0.80$ , afirmando de este modo la confiabilidad del FACES III en nuestro medio (Zambrano, 2011).

### **Consentimiento Informado**

Al tratarse de un tema delicado y controversial, se elaboró un documento explicando el propósito de la investigación, asegurando el anonimato de las participantes, así como la confidencialidad en la información brindada. Siendo firmado voluntariamente afirmando su participación en las evaluaciones requeridas.



### **Ficha de datos Psicosociales**

Una vez firmado el consentimiento informado esta ficha fue llenada por la evaluadora en base a la información que daba la participante. En la primera parte se incluyen datos básicos de la evaluada como su edad, sexo, y su grado de instrucción, ocupación, estado civil y nivel socioeconómico. En la segunda parte se especifica si la evaluada, tuvo intención de aborto, pero prosiguió con el embarazo o decidió por el aborto, el tipo de aborto que ejecuto y si es que tiene hijos previos a la intención o decisión del aborto; datos que nos sirvió al separar la muestra en ambos grupos. Por último, en la ficha se pide el detalle de su familia nuclear, información que junto con los resultados de la prueba FACES III ayudará en la interpretación de su tipología familiar

## **6. Procedimiento**

Se presentó el proyecto de investigación a las autoridades correspondientes de la Universidad Católica San Pablo. Posteriormente se realizó una recopilación de diversas fuentes bibliográficas útiles para la elaboración del marco teórico. Una vez aprobado el proyecto se mostró a dos Centros de Ayuda a la Mujer, donde se brinda orientación a embarazadas en riesgo y acompañamiento en secuelas post aborto y ambos centros nos brindaron la base de datos de las mujeres atendidas para poder comunicarnos con ellas, fueron pocas las que aceptaron la evaluación. Luego se organizó una charla Provida para mamás de un colegio de la ciudad, se dio el tema del aborto y al finalizar se invitó a las mujeres que hayan tenido una experiencia de aborto, las cuales fueron evaluadas y aconsejadas según en la situación que se encontraban en ese momento.

Al no tener la muestra suficiente solicitamos una carta de presentación a la facultad de nuestra casa de estudios dirigida al área de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, teniendo el permiso de las autoridades correspondientes iniciamos nuestras evaluaciones a las mujeres que ingresaban al nosocomio por la realización de un aborto provocado, así como, a mujeres que dieron a luz, pero que tuvieron al inicio del embarazo intención de aborto. En el desarrollo de estas evaluaciones se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Resiliencia (RS) de Wagnild y Young y la Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III). Asimismo, al inicio de toda evaluación se presentó el Consentimiento Informado y se realizó una pequeña entrevista, para obtener los datos demográficos. Esto se llevó a cabo una sola vez. Sistematizados los datos se realizó su análisis estadístico.

Finalmente, a partir de los resultados obtenidos, se elaboró la discusión, y se plantearon las conclusiones y recomendaciones.





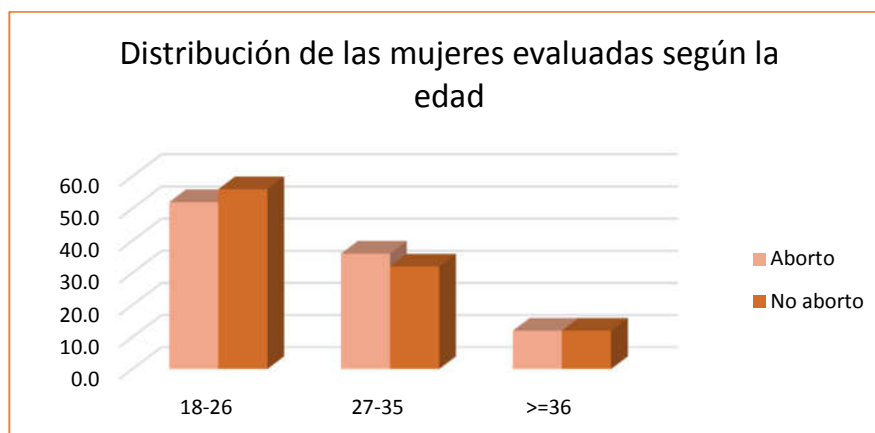
## **7. Técnicas de procesamiento de datos**

Para explorar la comparación de nuestras variables en ambos grupos de nuestra muestra usamos la prueba de Chi Cuadrado. El procesamiento de los datos y los análisis estadísticos se realizaron utilizando el Statistical Package for the Social Sciences versión 21 (SPSS 21).

## CAPÍTULO V: RESULTADOS

**Tabla y gráfico N°1: Distribución de las mujeres evaluadas según la edad**

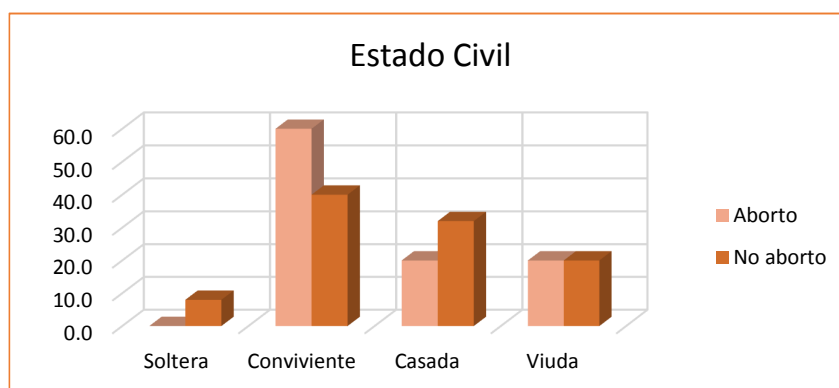
Edad(años)	Ejecución de Aborto		Continuación del embarazo	
	N°.	%	N°.	%
18-26	13	52,0	14	56,0
27-35	9	36,0	8	32,0
>=36	3	12,0	3	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>



Se observa que las edades promedio de la muestra oscilaron entre 18 – 26 años, las mujeres que abortaron alcanzaron un 52% mientras que las que decidieron continuar con el embarazo comprendieron un 56%. Entre las edades de 27 – 35 años, se aprecia que el 36 % abortaron y el 32% continuaron con el embarazo. Las mujeres de 36 años a más correspondieron a un 12 % en ambas muestras.

**Tabla y gráfico N° 2: Distribución de las mujeres evaluadas según el estado civil**

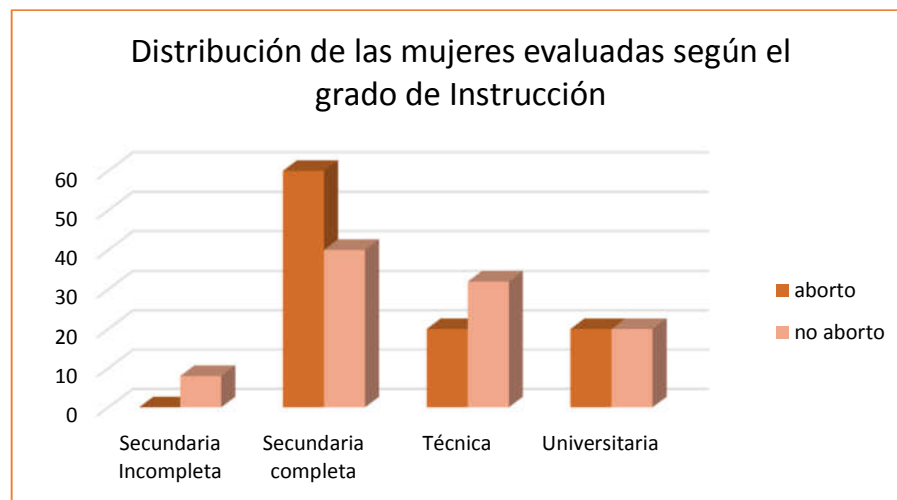
Estado Civil	Ejecución del Aborto		Continuación del Embarazo	
	N°.	%	N°.	%
Soltera	11	44,0	9	36,0
Conviviente	12	48,0	11	44,0
Casada	2	8,0	4	16,0
Viuda	0	0,0	1	4,0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>



El estado civil soltera, fue conformado por un 44 % de mujeres que abortaron, mientras que un 36% lo conformaron mujeres que continuaron con el embarazo. El estado civil conviviente las que ejecutaron el aborto fueron un 48%, mientras que el 44 % fueron las que continuaron con el embarazo. El estado civil casada un 8% realizaron el aborto y el 16 % continuaron con el embarazo.

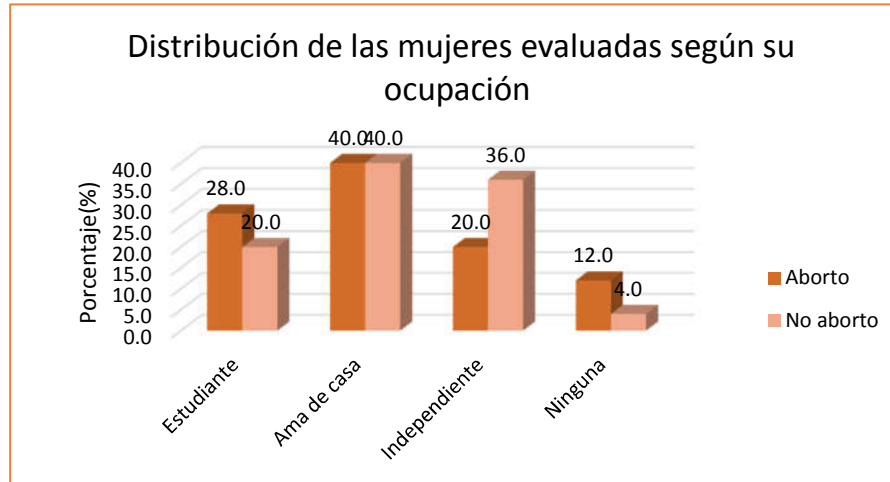
**Tabla y Grafico N° 3: Distribución de las mujeres evaluadas según el grado de instrucción**

Grado de instrucción	Ejecución del Aborto		Continuación con el embarazo	
	N°.	%	N°.	%
Secundaria Incompleta	0	0,0	2	8,0
Secundaria completa	15	60,0	10	40,0
Técnica	5	20,0	8	32,0
Universitaria	5	20,0	5	20,0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>



El grado de instrucción de secundaria completa fue predominante en ambos grupos, conformado por un 60% del grupo de mujeres que ejecutaron un aborto y un 40% de las mujeres que prosiguieron con su embarazo. El grado de instrucción técnico fue conformado por un 20% de mujeres que han abortado y un 32 % de mujeres que prosiguieron con el embarazo. Asimismo, el grado de instrucción universitarias fue conformado por un 20% de cada muestra.

**Tabla y gráfico N°4: Distribución de las mujeres evaluadas según su ocupación**



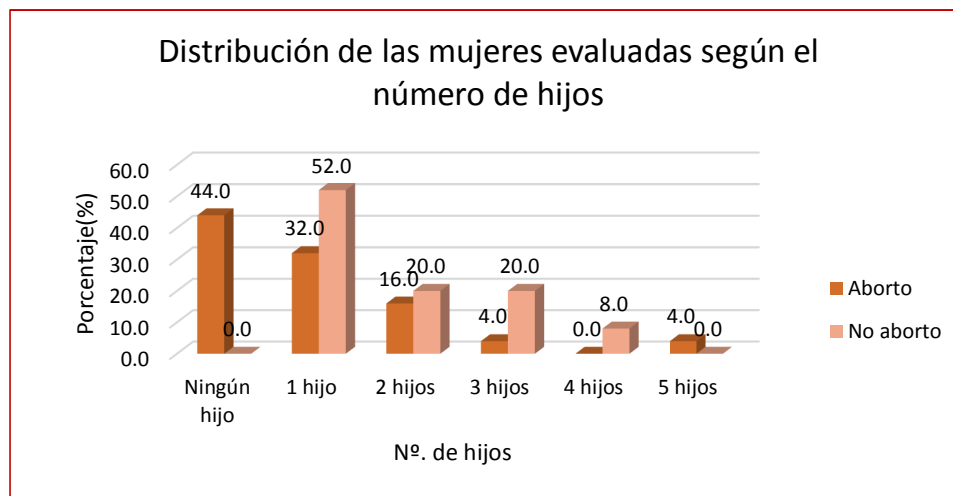
Ocupación	Ejecución del aborto		Continuación con el embarazo	
	Nº	%	Nº.	%
Estudiante	7	28,0	5	20,0
Ama de casa	0	40,0	10	40,0
Independiente	5	20,0	9	36,0
Ninguna	3	12,0	1	4,0
<b>TOTAL</b>	25	100	25	100

Se aprecia que, respecto a la ocupación de estudiante, las mujeres que ejecutaron el aborto comprendieron un 28% mientras que las que continuaron con el embarazo correspondieron a un 20%. En cuanto a las que poseían la ocupación de ama de casa, un 40% correspondería a las mujeres que abortaron mientras que también un 40% comprendía a las que continuaron con el embarazo. En cuanto a mujeres que trabajaban de forma independiente, el 20% de ellas habían abortado mientras que el 36% continuaron con su embarazo. Con

respecto a las mujeres que no poseían ninguna ocupación, un 12 % corresponderían a las que habían ejecutado el aborto mientras que un 4% correspondían a las que habían continuado con su embarazo.

**Tabla y gráfico N°. 5: Distribución de las mujeres evaluadas según el número de hijos.**

N°. de hijos	Ejecución del Aborto		Continuación con el embarazo	
	N°.	%	N°.	%
Ningún hijo	11	44,0	0	0,0
1 hijo	8	32,0	13	52,0
2 hijos	4	16,0	5	20,0
3 hijos	1	4,0	5	20,0
4 hijos	0	0,0	2	8,0
5 hijos	1	4,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

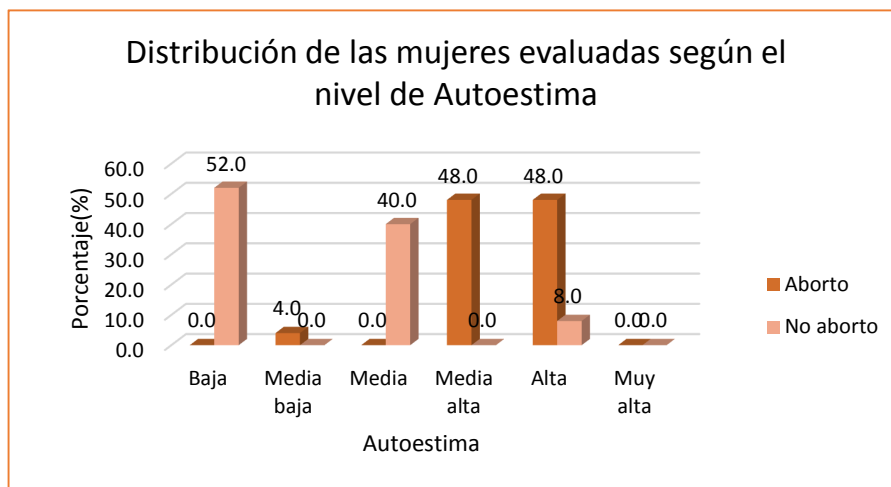


Se observa que las mujeres que ejecutaron un aborto el 44% no tuvieron hijos; mientras que las que continuaron con el embarazo ya tuvieron la experiencia de ser madres. Las mujeres que tuvieron un hijo antes de tomar alguna de las dos decisiones el 32% pertenecen a las mujeres que abortaron a diferencia de un 52% de las mujeres que prosiguieron con el embarazo. En cuanto a las mujeres que tuvieron 2 hijos antes de la decisión, un 16%

fue de las mujeres que abortaron y un 20% de las que prosiguieron con el embarazo. Las mujeres que tuvieron de 3 a 5 hijos un 8% comprendieron las que optaron por el aborto en disyuntiva de un 28% de las que continuaron con el embarazo.

**Tabla y Gráfico N°. 6: Distribución de las mujeres evaluadas según el nivel de autoestima**

Autoestima	Ejecución del aborto		Continuación del embarazo	
	Nº	%	Nº.	%
Baja	0	0,0	13	52,0
Media baja	1	4,0	0	0,0
Media	0	0,0	10	40,0
Media alta	12	48,0	0	0,0
Alta	12	48,0	2	8,0
Muy alta	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	25	100	25	100

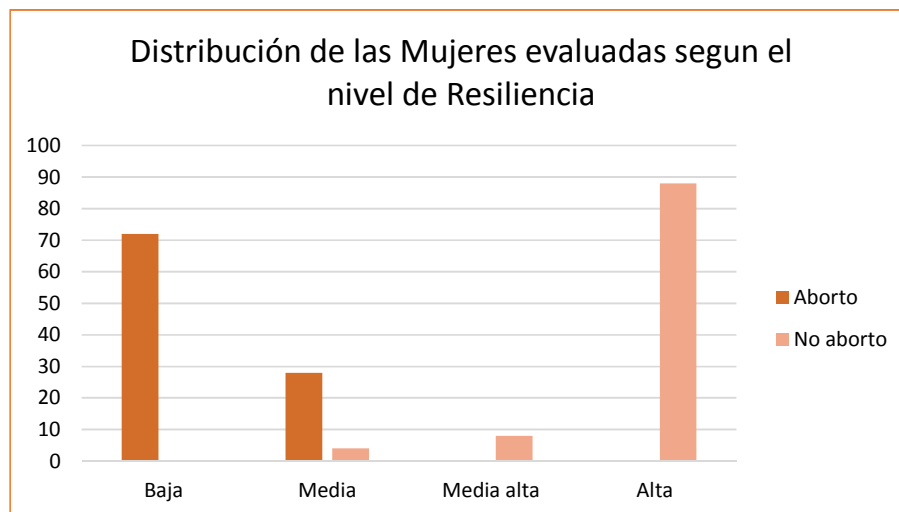


Como se observa en los cuadros, encontramos una diferencia significativa entre el nivel de autoestima entre las mujeres que abortaron y las que prosiguieron con el embarazo ( $\chi^2=43.14$   $p<0.05$ ). Donde un 52% de mujeres que continuaron con el embarazo presentaron un nivel de autoestima baja, a diferencia de las que ejecutaron el aborto donde ninguna

presento este nivel. Las mujeres que abortaron presentaron un nivel de autoestima (40%) y las que continuaron con el embarazo no presentaron de igual forma este nivel. El nivel de autoestima alto fue conformado por un 48% de mujeres que ejecutaron el aborto en diferencia de un 8% de mujeres que continuaron con el embarazo.

**Tabla y gráfico N° 7: Distribución de las mujeres evaluadas según el nivel de resiliencia**

Resiliencia	Ejecución del aborto		Continuación del embarazo	
	N°.	%	N°.	%
Baja	18	72,0	0	0,0
Media	7	28,0	1	4,0
Media alta	0	0,0	2	8,0
Alta	0	0,0	22	88,0
<b>TOTAL</b>	25	100	25	100



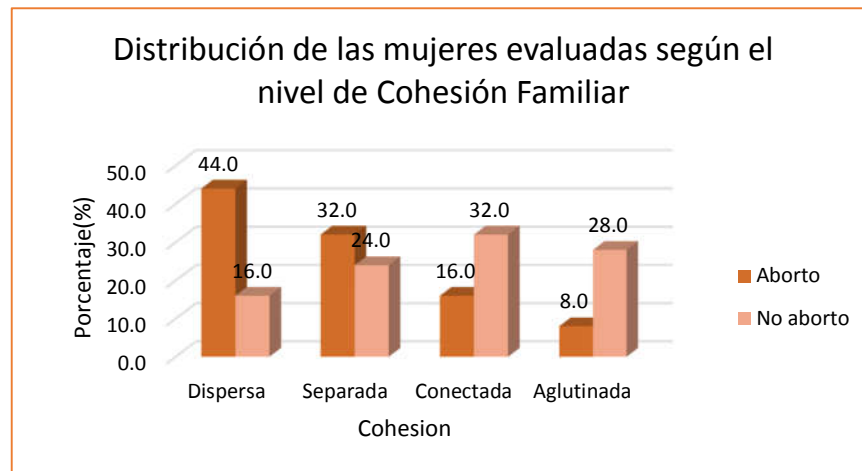
Como se observa en los cuadros, encontramos una diferencia significativa entre el nivel de resiliencia entre las mujeres que abortaron y las que prosiguieron con el embarazo ( $X^2=46.50$   $p<0.05$ ). En donde el nivel de resiliencia baja está conformado por un 72% de mujeres que ejecutaron el aborto mientras que ninguna de las mujeres que continuaron con el embarazo presentaron el nivel mencionado. En cuanto el nivel de resiliencia medio, un 28% lo conforman las mujeres que abortaron mientras que un 4% las mujeres que continuaron con



el embarazo. El nivel de resiliencia alta lo conforma un 88% de mujeres que prosiguieron con el embarazo en diferencia de mujeres que ejecutaron el aborto, no presentando ninguna el nivel mencionado.

**Tabla y gráfico N° 8: Distribución de las mujeres evaluadas según el nivel de Cohesión Familiar**

Cohesión	Ejecución del aborto		Continuación del embarazo	
	N°	%	N°	%
Dispersa	11	44,0	4	16,0
Separada	8	32,0	6	24,0
Conectada	4	16,0	8	32,0
Aglutinada	2	8,0	7	28,0
<b>TOTAL</b>	25	100	25	100

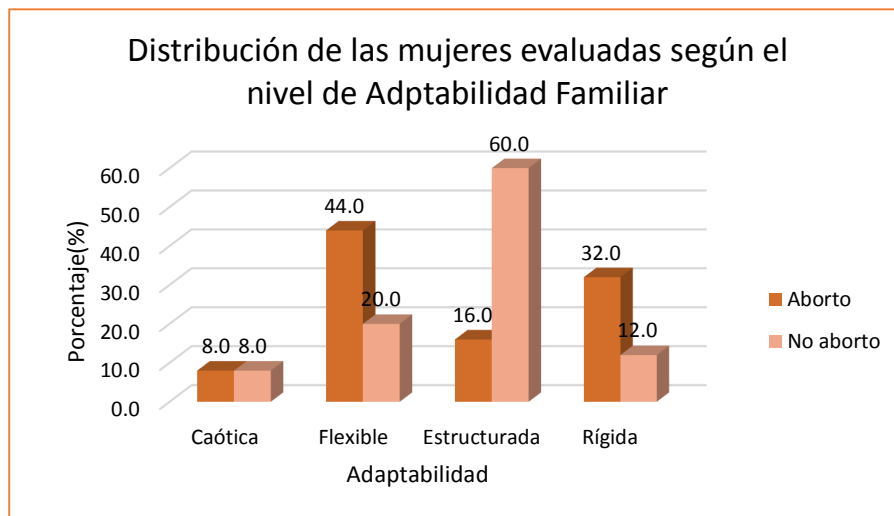


Como se observa en los cuadros, encontramos una diferencia significativa en la cohesión familiar entre las mujeres que abortaron y las que prosiguieron con el embarazo ( $\chi^2=7.66$   $p<0.05$ ). En donde el tipo de cohesión dispersa está conformada por un 44% de las mujeres que abortaron a diferencia de un 16% que continuaron con el embarazo. El tipo de cohesión separada corresponde a un 32% de mujeres que ejecutaron el aborto y a un 24% de mujeres que continuaron con el embarazo. El tipo de cohesión conectada fueron conformadas

por el 16% de mujeres que ejecutaron el aborto y un 32% de las que continuaron con el embarazo. El tipo de cohesión aglutinado está conformado por un 8% de mujeres que ejecutaron el aborto y un 28% de las que continuaron con el embarazo.

**Tabla y Gráfico N° 9: Distribución de las mujeres evaluadas según el nivel de adaptabilidad familiar.**

Adaptabilidad	Ejecución del aborto		Continuación del embarazo	
	N°	%	N°	%
Caótica	2	8,0	2	8,0
Flexible	11	44,0	5	20,0
Estructurada	4	16,0	15	60,0
Rígida	8	32,0	3	12,0
<b>TOTAL</b>	25	100	25	100



Como se observa en los cuadros, encontramos una diferencia significativa en el nivel de adaptabilidad familiar entre las mujeres que abortaron y las que prosiguieron con el embarazo ( $\chi^2=10.89$   $p<0.05$ ). En donde el 8% de ambas muestras presentan el tipo de



adaptabilidad caótica. El tipo de adaptabilidad flexible está conformado por 44% que ejecutaron el aborto y un 20% de las que continuaron con el embarazo. El tipo de adaptabilidad estructurada está conformado por un 16% de las que ejecutaron el aborto en diferencia a un 60% de las que continuaron con el embarazo. El tipo de adaptabilidad rígido está conformado por un 32% de mujeres que decidieron abortar en diferencia de un 12% que siguieron con el embarazo. Se observa que el 44.0% de las mujeres que abortaron tienen un nivel de adaptabilidad flexible, mientras que el 60.0% de las mujeres que no abortaron tienen un nivel de adaptabilidad estructurada.



## CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo por objetivo determinar la diferencia y relación entre las características de las mujeres que optaron por el aborto y las que prosiguieron con el embarazo. Dado que nuestra ciudad es una de las más vulnerables en la ejecución del aborto, registrándose 3.000 abortos cada año (Quispe, 2014). Por esta razón consideramos necesario estudiar los factores que intervienen en la decisión del aborto. Por lo que decidimos evaluar en nuestra muestra el nivel de autoestima, el nivel de resiliencia y el funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad).

En los resultados de los datos demográficos vemos que la edad promedio oscila entre 18 – 26 años, es decir en la etapa de la juventud, encontrando un resultado similar al que obtuvo Lafurie (2005) que evaluó mujeres latinas que pasaron por un aborto donde más del 50% incidían en edades entre 18 -25 años. En esta etapa de desarrollo se dan nuevos roles, que el individuo debe de afrontarlos; tomando decisiones que afectan en su salud, en el desarrollo profesional y en sus relaciones interpersonales, También generalmente es en donde se forma y consolida la relación de pareja (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010). Lo que nos lleva a pensar que, en la decisión de la mujer ante un embarazo no planificado en esta etapa de desarrollo, se ve afectada por las características propias de la edad, en el que se busca el desarrollo de roles y cumplimiento de metas, donde el tema de la maternidad muchas veces será concebido como un obstáculo para llegar a ellas.

El estado civil en mujeres que abortaron se ve conformado por un 44% de mujeres solteras, el 48% convivientes y el 8% casadas, en diferencia de las mujeres que prosiguieron con el embarazo donde el estado civil soltera fue un 36%, conviviente 44% y casadas un 16%. Estos datos guardan relación con los aportes de una investigación realizada en nuestro país donde el estado civil frecuente de mujeres que abortaron fue de convivientes con 53.9% (Manrique, 2004). Asimismo, García (2013) en una investigación en España encontró que en las mujeres que habían abortado el 66% de su muestra lo conformó el estado civil soltera. Es por ello que consideramos que el estado civil soltera y/o conviviente serían factores de riesgo para la ejecución del aborto y por la diferencia que apreciamos en el estado civil casado de nuestra investigación podemos considerar al matrimonio como factor protector de la vida. A pesar de que en la actualidad se da una desvalorización del matrimonio y la familia lo que lleva a que las parejas sean más libres en sus compromisos (Castro, Riesco & Bobadilla, 2016).

El grado instrucción incide en secundaria completa en ambos grupos, presentando un 60.0% de las mujeres que abortaron y un 40% de las que continuaron con el embarazo. Una investigación realizada por Álvarez (2015) en el hospital Goyeneche de Arequipa, dio resultados similares al nuestro en donde las mujeres que abortaron un 61.8% presentaron como grado de instrucción



secundaria completa. Considerando los datos obtenidos podemos interpretar que el grado de instrucción influye en la decisión del aborto, ya que muchas veces la educación escolar, carece de un auténtico plan formativo de la sexualidad, el cual debe promover una vivencia de la sexualidad sana y coherente, respetando la persona y dignidad humana, así como ejercitando el don de la castidad y la importancia del matrimonio.

En cuanto a la ocupación de las evaluadas, podemos apreciar que ambas se asemejan en tener un mismo porcentaje como amas de casa; diferenciándose en la ocupación de estudiante que predominó en las mujeres que abortaron y la ocupación en un trabajo independiente que predominó en las mujeres que prosiguieron con el embarazo. Por lo que es importante tomar en cuenta la investigación de Cabezas – García et al. (1998) en la ciudad de la Habana, en donde la muestra de mujeres que abortaron no cumplió con sus expectativas laborales ni profesionales. Por los datos señalados, se puede interpretar que mientras la mujer este estudiando verá la maternidad como impedimento a cumplir sus expectativas profesionales, en cambio cuando la mujer se encuentra en la práctica de un trabajo independiente, en donde establece sus propias condiciones laborales, puede seguir trabajando y continuar con su embarazo.

Según el número de hijos que presentaron las mujeres de nuestra muestra antes de realizarse el aborto o continuar con el embarazo, podemos ver que las mujeres que ya tuvieron la experiencia de ser madres (por lo menos un hijo) tienen una mayor probabilidad de continuar con el embarazo no planificado en comparación de las que ejecutaron el aborto. Por lo que podemos ver la experiencia de la maternidad en la mujer ante un embarazo no planificado como un factor protector de la vida del no nacido, que puede ser explicado por efectos del empoderamiento de la maternidad en la mujer que le permite confiar en sus capacidades e impulsar cambios en su actuar (Felitti, 2016) y por ello desarrollar un pensamiento positivo en cuanto al futuro y su propósito de vida.

En cuanto a las variables de estudio planteadas en el objetivo de la investigación encontramos diferencia significativa en los niveles de Autoestima ( $X^2=43.14$   $p<0.05$ ). En donde las mujeres que decidieron abortar presentan niveles medio y alto, en comparación de las mujeres que prosiguieron con el embarazo que presentaron niveles bajo y medio de autoestima. En una investigación realizada por Ulloque, Monterrosa & Arteta (2015) en Colombia donde se evaluó a mujeres gestantes el 76.8% de las mujeres evaluadas poseían un nivel de autoestima medio. También Macola et al. (2010) en una investigación encontró una incidencia de autoestima insatisfactoria (baja) en mujeres gestantes. Al ser un término común en ambas muestras el haber estado embarazadas, tomamos en cuenta el cambio emocional que ocasiona en la mujer este estado para poder analizar esta variable, por lo que citamos a Sánchez, Bermúdez & Buela-Casal (2011) que refieren que el embarazo es un momento especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones, según el periodo



de gestación en el que se encuentre, presentando vulnerabilidad a generar niveles de ansiedad, estrés, depresión y baja autoestima. Luego del embarazo se pueden ver cambios físicos en la mujer que repercuten en la valía personal y aceptación de sí misma como son, cambios físicos y emocionales (Ojeda, Rodríguez, Estepa, Piña & Cabeza, 2011). Esta información aporta en el análisis de los resultados obtenidos en el nivel de autoestima baja y media de las mujeres que prosiguieron con el embarazo, que consideramos se ve afectada por cambios físicos, emocionales, circunstancias y condiciones en la que continuaron con el periodo de gestación.

Asimismo, al ver los resultados de autoestima en mujeres que abortaron y ser contrarios al de nuestra hipótesis, tomamos en cuenta la investigación de Gómez & Zapata (2005) “Categorización diagnóstica del síndrome postaborto”, que consideran dentro de los síntomas de las secuelas post aborto el sentimiento de culpa que genera en la mujer rechazo y niveles bajos en su autoestima. Además, recomiendan que el Síndrome Post Aborto debe considerarse un tipo más de Trastorno de Estrés Post Traumático. Así también, Karminski (1994) refiere que el 90% mujeres que pasaron por un aborto presentaron daño en su autoestima y el 50% de ellas mostraron síntomas de Trastorno de Estrés post Traumático. Además, la mujer que se ha hecho un aborto presenta un mecanismo de defensa para protegerse, donde los síntomas pueden tardar algunos años en manifestarse (Peláez, 2014). También, por la evasión del sentimiento de culpa, las circunstancias en las que se encontraban las evaluadas como el lugar, presión familiar, social y el compartir ambiente con las mujeres post parto, pudo influenciar en el resultado de la evaluación de su autoestima.

Con respecto al nivel de resiliencia encontramos que se da una diferencia estadísticamente significativa ( $X^2=46.50$   $p<0.05$ ). En donde las mujeres que prosiguieron con el embarazo presentaron un nivel de resiliencia alto en comparación de las que ejecutaron el aborto quienes presentaron un nivel bajo de resiliencia. Es importante reconocer que la resiliencia determinará el grado en que una persona le puede hacer frente a la adversidad y propiciar su exitosa adaptación (Wagnild & Young, 1993), por lo que podemos concebirla como un factor protector para las mujeres jóvenes en estado de gestación ya que permitirá la adaptación en contextos adversos, salir adelante y tener una adecuada calidad de vida (Sapienza & Pedronomico, 2005). Así mismo, Mariutti & Ferreira (2015) realizaron una investigación en Brasil denominada “Aborto, depresión, autoestima y resiliencia: una revisión” donde explica que la mujer que pasa por una experiencia de embarazo no deseado tendrá que confiar en sus propios recursos para no tomar decisiones erradas frente al estrés. Además, Muñoz & De Pedro (2005) mencionan que junto con la resiliencia existen aspectos emocionales, cognitivos y socioculturales que también influyen en la decisión de la mujer. También, Alfonso & Diaz (2003) realizaron una investigación en Cuba titulada “Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de la promoción de la salud” en el que explica que, frente a un embarazo no planificado, las mujeres recurren al aborto para no enfrentar la responsabilidad que implica tener un hijo. Si bien la persona tiene que confiar en sí misma y en sus capacidades para



salir adelante a pesar de todo, creemos que esto debe de concernir con una recta visión de la realidad que la lleve a tomar decisiones responsables y por lo tanto proporcionadas con su naturaleza. Por lo que concluimos que la mujer poseerá una resiliencia alta si ésta resuelve de forma coherente los desafíos propios de la maternidad, reaccionando con flexibilidad y con la capacidad de recuperación ante posibles inconvenientes, optando por una actitud más optimista, perseverante y sobre todo obteniendo un equilibrio en su forma de vivir.

En el funcionamiento familiar de nuestra muestra encontramos diferencia estadísticamente significativa ( $X^2=7.66$ ,  $p<0.05$ ). En la cohesión familiar podemos apreciar que las mujeres que abortaron en su mayoría presentaron un alto porcentaje de una cohesión familiar dispersa (44%) seguido de un tipo de cohesión familiar separada (32%) a diferencia de las mujeres que prosiguieron con el embarazo que presentaron un alto porcentaje de una cohesión familiar conectada (32%), seguido de un tipo de cohesión familiar de tipo aglutinada. También, en una investigación de Villena & Lujan (2006), cuyo objetivo fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la frecuencia de aborto en adolescentes en la ciudad de Trujillo, concluyeron que de los hallazgos en total el 60,22% tuvo un grado de cohesión baja de tipo dispersa. Para el análisis de estos datos citamos a Olson (citado en Zambrano, 2011), que menciona que al presentar una cohesión muy baja o dispersa la familia se caracterizará por extrema separación emocional, independencia alta en los miembros, falta de cercanía entre padres e hijos, la familia esta mucho tiempo física y emocionalmente separada, priman las decisiones individuales, los amigos son individuales y la recreación se lleva a cabo individualmente. Así también al presentar una cohesión moderadamente baja o separada se dan límites externos e internos que son semi-abiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo, cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares. Esta información se ve reforzada con la investigación titulada “Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes” por Calderón & Alzamora de los Godos (2006), donde concluyen que la comunicación y el nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante la noticia del embarazo están fuertemente relacionados con el aborto provocado. Asimismo, las mujeres que prosiguieron con el embarazo al presentar un nivel de cohesión moderadamente alta o conectada son caracterizada por cercanía emocional moderada, dependencia de los miembros de la familia, límites generacionales claros, los amigos se comparten con la familia, las decisiones importantes se toman en familia, y al presentar un tipo de cohesión alta o aglutinada se caracteriza por poseer límites difusos, por lo que se dificulta identificar con precisión el rol de cada integrante familiar (Olson citado en Zambrano, 2011).

Siguiendo con el estudio de funcionamiento familiar según la adaptabilidad en el que las mujeres que abortaron presentan en su mayoría una adaptabilidad de tipo flexible (44%) seguido de una adaptabilidad de tipo rígida (32%). Así también las mujeres que prosiguieron con el embarazo presentaron una adaptabilidad familiar de tipo estructurada (60%). Para el análisis de estos datos



tomamos de referencia a Olson (citado en Zambrano, 2011), que menciona que al presentar una adaptabilidad moderadamente alta o de tipo flexible se caracteriza por liderazgo igualitario, control igual en todos los miembros de la familia, disciplina democrática, se comparten e intercambian los roles, las reglas se cumplen con flexibilidad y cambian continuamente y al ser una adaptabilidad familiar, liderazgo limitado o ineficaz, carencia de disciplina en sus miembros, los padres toman decisiones impulsivas, se evidencia falta de claridad en las funciones asignadas, y alteración en los roles y hay cambios frecuentes en las normas de la familia y al encontrar una adaptabilidad de tipo rígido se caracterizará por un liderazgo autoritario, fuerte control parental, disciplina estricta, rígida, los padres imponen las decisiones, los roles de los miembros son definidos y sus límites no se pueden transgredir, las reglas se cumplen estrictamente sin posibilidad de cambios y negociaciones. Así también las mujeres que prosiguieron con el embarazo al tener una adaptabilidad moderadamente baja o de tipo estructurada se caracteriza por un liderazgo parcialmente autoritario, se permite la democracia, los padres toman las decisiones, los roles son fijos, pero pueden compartirse, y las normas están instituidas, y su cambio es limitado.

Es así que la interacción familiar, según esta sea buena o mala, facilita o restringe el desarrollo de sus miembros (Bulnes, 2008). Por lo que concluimos que no se puede negar la importancia y trascendencia que tiene el funcionamiento familiar, la autoestima y resiliencia ante la toma de decisiones en situaciones límites que vive la persona, como lo es un embarazo no esperado, en donde la mujer deberá optar por la ejecución del aborto o la continuación de la vida del no nacido.





## **CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **1. Conclusiones**

#### **General:**

Existe diferencias estadísticamente significativas entre la mujer que decide abortar y la que continuo con el embarazo en cuanto a niveles de resiliencia, autoestima, adaptabilidad familiar y cohesión familiar.

#### **Primera:**

Las mujeres que recurrieron al aborto presentaron niveles más altos de autoestima, mientras que las mujeres que prosiguieron con su embarazo muestran niveles más bajos.

#### **Segunda:**

En cuanto al nivel de resiliencia las mujeres que ejecutaron el aborto presentaron niveles más bajos en su mayoría, mientras que las mujeres que optaron por continuar con el embarazo muestran niveles más altos en su mayoría.

#### **Tercera:**

La tipología familiar se ve marcada por una cohesión dispersa (muy baja) y separada (moderadamente baja) en las mujeres que ejecutaron el aborto, mientras que las mujeres que prosiguieron con su embarazo se caracterizan por una cohesión conectada (moderadamente alta) y aglutinada (muy alta). En cuanto a la adaptabilidad familiar las mujeres que cometieron el aborto se caracterizan por una adaptabilidad flexible (moderadamente alta) y rígida (moderadamente baja) en comparación de las mujeres que continuaron con el embarazo, presentando una adaptabilidad familiar estructurada (muy baja).



## 2. Recomendaciones

- Por la diferencia significativa de los niveles resiliencia entre un grupo y otro sugerimos usar pertinentemente estos resultados para Programas de Prevención dados por Instituciones Estatales, que permitan mediante la elaboración de talleres multidisciplinarios y asesorías psicológicas, desarrollar las habilidades sociales en la mujer, ayudándola a enfrentar asertivamente situaciones límites como lo es un embarazo no planificado optando por un bien mayor, así como crear grupos de apoyo pro vida que bajo una adecuada educación sexual, puedan llevar sanamente el ejercicio de su sexualidad y considerando la maternidad como el don que es.
- Planificación de programas psicológicos en mujeres gestantes, que permitan su aceptación y adaptabilidad a los cambios propios del embarazo, viendo la maternidad como un don y no un impedimento. Además, se debe de dar el acompañamiento psicológico post parto ante un embarazo que no fue esperado.
- Asimismo, se debe prevenir los niveles bajos de autoestima en la mujer desde los primeros años en sus sistema familiar y educativo, donde permitan desarrollar las habilidades personales, fomentando el amor propio direccionado a una auténtica concepción antropológica valorando su feminidad y la dignidad humana.
- Crear instancias en donde se pueda intervenir de manera directa a mujeres que presenten un embarazo no esperado y sean vulnerables a la decisión del aborto, en donde se brinde la asesoría multidisciplinar necesaria, que permita la protección de la mujer y del no nacido.
- Considerando a la familia como la primera educadora del ser humano, se deben generar lazos afectivos, adecuados estilos de comunicación y reglas acompañado de testimonio de vida ético y moral en sus miembros que permitan la toma de decisiones asertivas frente a situaciones límites.
- Realzar la labor psicológica educativa y social dirigida al bienestar familiar, en donde mediante escuelas de padres, campañas de asesoría familiar y charlas psicoeducativas, se tome contacto con los integrantes de la familia y se pueda orientar hacia la ejecución de niveles adecuados de cohesión y adaptabilidad familiar dentro de su sistema.
- Realizar más investigaciones sobre esta población, y sobre estas variables, para ampliar la comprensión acerca de ello y poder contribuir así al desarrollo humano integral y a la labor provida. Asimismo, es necesario grupos más grandes y tiempos más prolongados para la investigación.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Álvarez, W. (2015) *Factores personales y gineco-Obstétricos en las Adolescentes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el departamento Gineco-Obstetricia del Hospital Goyeneche*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.
- American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of The APA Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: Asociación Americana de Psicología. Recuperado de: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- Arnau, N. (1991) *El aborto. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*. Madrid, España: Palabra.
- Atienza, F., Moreno, Y. & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología*, 23(1),29-42. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Yolanda\\_Moreno6/publication/308341043\\_Analisis\\_de\\_la\\_dimensionalidad\\_de\\_la\\_Escala\\_de\\_Autoestima\\_de\\_Rosenberg\\_en\\_una\\_muestra\\_de\\_adolescentes\\_valencianos/links/5a8d66f70f7e9b27c5b4ae9f/Analisis-de-la-dimensionalidad-de-la-Escala-de-Autoestima-de-Rosenberg-en-una-muestra-de-adolescentes-valencianos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Yolanda_Moreno6/publication/308341043_Analisis_de_la_dimensionalidad_de_la_Escala_de_Autoestima_de_Rosenberg_en_una_muestra_de_adolescentes_valencianos/links/5a8d66f70f7e9b27c5b4ae9f/Analisis-de-la-dimensionalidad-de-la-Escala-de-Autoestima-de-Rosenberg-en-una-muestra-de-adolescentes-valencianos.pdf)
- Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un Sistema de clasificación de los diseños de investigación en Psicología. *Anales de Psicología*, 29(3),1038-1059.
- Baeza, B., Póo, A., Vásquez, O., Muñoz, S. & Vallejos, C. (2007). Identificación de Factores de riesgo y Factores de Protección del embarazo en adolescentes de la Novena Región. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(2), 76-80.
- Barranco, C. (2009). Trabajo social, calidad de vida y estrategias resilientes. *Portularia*, 9 (2), 133-145.
- Bonet, J. (1998) *Sé amigo de ti mismo*. Bilbao: Editorial Santander.
- Bottini, Z. (2014). Reflexiones en torno al aborto y sus consecuencias. Buenos Aires, Argentina: Educa.
- Branden, N. (2011). *Los seis pilares de la autoestima. (2nd ed)*. Barcelona: Paidós.
- Bulnes, M., Ponce, C., Huerta, R., Álvarez, C., Santiváñez, W., Atalaya, M., Aliaga, J. & Morocho, J. (2008). Resiliencia y estilos de socialización parental en escolares de 4to y 5to año de



secundaria de Lima. Revista de investigación en Psicología, 11(2),67-91. Recuperado de:  
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3840/3074>

Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 11(2), 67 – 91. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Cabezas, E., Langer, A., Álvarez, I.& Bustamante, P. (1998). *Perfil sociodemográfico del aborto inducido. Salud Pública de México*, 40(3), 265-271.

Calderón, S. & Alzamora de los Godos, L. (2006). Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 23(4), 247-252. Recuperado de :  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342006000400003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342006000400003&lng=es&tlng=es).

Camacho, G. & Medina, J. (2010). *Cohesión y adaptabilidad familiar e inicio de las relaciones sexuales en mujeres estudiantes universitarias*. (Tesis de licenciatura) Universidad Católica de Santa María. Arequipa. Perú.

Castilla, H., Caycho, T., Midori, S., Valdivia, A. & Torres-Calderón, M. (2014). *Análisis Exploratorio de la Escala de Wagnild y Young en una Muestra de Adolescentes, Jóvenes y Adultos Universitarios de Lima Metropolitana*. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Castro, R., Riesco, G.& Bobadilla, R. (2016). ¿Familias y bienestar? Explorando la relación entre estructura familiar y satisfacción con la vida personal de las familias. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*,36(90),86-104.

Ceballos, G., Camargo, K., Jiménez, I. & Requena, K. (2011). Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta (Colombia). *Revista de Psicología*, 3(1), 29-38.

Chapa, S. & Ruiz, M. (2012). *Presencia de violencia familiar y su relación con el nivel de autoestima y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la I.E. N° 0031 María Ulises Dávila Pinedo Morales*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, Perú.

Congregación para la doctrina de fe (1974). *Declaración sobre el aborto*. Vaticano. Recuperado de:  
<http://www.clerus.org/bibliaclerusonline/es/em4.htm>

Constitución Apostólica Pastor Bonus. *Código de Derecho Canónico*. Mayo 23 de 1988.



- D'Agostino, F. (2002). *Elementos para una filosofía de la familia*. Rialp, Madrid: Trad.Tomas Melendo
- De la Fuente. (2014). *Mirada Desde la Mujer*. Buenos Aires, Argentina: Editorial de la Universidad Católica Argentina.
- Felitti, K. (2016). El ciclo menstrual en el siglo XXI. Entre el Mercado , la ecología y el poder femenino. *Sexualidad, Salud y sociedad (Rio de Janeiro)*. 1(22),175-208. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.08.a>
- Ferrando, D. (2001). *El aborto clandestino en el Perú: Revisión*. Lima, Perú: Centro Flora Tristán.
- Figueroa, R. (2008). Concepto de derecho a la vida. *Ius et Praxis*, 14(1),261-300. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-00122008000100010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-00122008000100010)
- Florian, L. & Lujan, M. (2006). Funcionabilidad familiar y su relación con la frecuencia de aborto en adolescentes en la ciudad de Trujillo. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería) Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú.
- García, E. (2013). *Bioética temas para el debate*. España: Bubok Publishind S.L.
- García-Vesga, M. y Domínguez de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 63-77.
- Gómez, C. & Zapata, R. (2005). *Categorización diagnóstica del Síndrome Post aborto*. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(4); 267-272.
- Góngora, V., Fernández, M. & Castro, A. (2010). *Estudio de validación de la escala de Rosenberg en población adolescente de la Ciudad de Buenos Aires*. *Perspectivas Psicológicas*, 7(1);24-30.
- Greene, R. & Conrad, A. (2002). *Basics Assumptions and Terms*. En R. Greene (ed.). *Resiliency. An Integrated Approach to Practice*. Policy and Research. Washington, DC: NASW Press.
- Iglesia Católica. (2012). *Catecismo de la Iglesia Católica*. Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice vaticana.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2001). *Resultados de encuesta de aborto clandestino en el Perú*. Primera edición. Lima. Recuperado de: <http://www.inei.gob.pe>
- Iraurgi, I. (2012). *Evaluación del grado de desadaptación y del proceso de adecuación psicosocial de menores en desventaja social*. BizcaiLab. Bilbao. España.
- Juan Pablo II (1981). *Exhortación apostólica: Familiaris Consortio*. Paulinas. Perú.



- Juan Pablo II (1990). *Constitución Apostólica Ex corde Ecclesiae*. Vaticano. Recuperado de : [http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/apost\\_constitutions/documents/hf\\_jp-ii\\_apc\\_15081990\\_ex-corde-ecclesiae.html](http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/apost_constitutions/documents/hf_jp-ii_apc_15081990_ex-corde-ecclesiae.html)
- Juan Pablo II (1995). *Evangelium Vitae*. Vaticano. Recuperado de: [w2.vatican.va/content/john-paul-ii/.../hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/enc_25031995_evangelium-vitae.html)
- Karmisnki, T. (1994). *El aborto y el Trastorno por Estrés Post-Traumático: La evidencia continúa Acumulándose*. El viñedo de Raquel. 1(36),1-5. Recuperado de: <http://www.elvinedoderaquel.org/PDF/SpanishArticles/El%20Aborto%20y%20el%20Trastorno%20por%20Estr%C3%A9s%20Post-Traum%C3%A1tico.pdf>
- Kotliarenco, M.; Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). *Estado del Arte en Resiliencia*. Washington, D.C., Estados Unidos: Oficina Panamericana de la Salud.
- Lafurie, M. (2005). *El Aborto con medicamentos en América Latina*. México, Publistudio.
- Lohr, S. & Velasco, O. (2000). *Muestreo: diseño y análisis*. Internacional Thomson. México D. F.
- López, F. (2006). *Apego: estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital*. Infancia y Aprendizaje. 1(29), 9-23.
- Macola, L., Vale, L. & Carmona, E. (2010). *Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg*. Rev Esc Enferm. 4(3); 570-577.
- Manrique, I. (2004). *Características de las mujeres con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion del Callao, Enero-junio 2003*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia) Universidad Nacional de San Marcos. Lima, Perú.
- Mariutti, M. & Ferreira, A. (2013). *Aborto depressao, autoestima e resiliencia: uma revisao*. Metasíntesis Qualitativas e Revisões Integrativas. 4(3),115-119. Recuperado de [www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02836.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02836.pdf)
- Martín, A. & Reyes, Z. (2003). *Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud*. Revista Cubana de Salud Pública, (29)2, 183-187.
- Martín, L. & Reyes, Z. (2003). *Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: Un enfoque integral de promoción de salud*. Revista Cubana de Salud Pública, 29(2), 183-187. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000200014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200014&lng=es&tlng=es).
- Melillo, A. & Suarez, E. (2005). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.



- Mendoza, N. (2008). *Síndrome post aborto y repercusiones en la mujer, familia y sociedad*. Arequipa, Perú: Instituto para el matrimonio y familia.
- Montoya, M. & Sol, C. (2001). *Autoestima. Estrategias para vivir mejor con técnicas de Programación Neuro Lingüística y desarrollo Humano*. México: Pax.
- Morelato, G. (2010). *Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia*. Pensamiento Psicológico, Volumen 9, No. 17, 2011, pp. 83-96. Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Muñoz, G. (2015). *Claridad del autoconcepto, autoestima y bienestar psicológico en adolescentes de zona urbano marginales*. (Tesis para optar el título de Licenciatura en Psicología con mención en Psicología clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Muñoz, V. & De Pedro, F. (2005). *Educación para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social*. Revista Complutense de Educación. Vol. 16 Núm. 1. 107-124. España.
- Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes*. (Tesis para optar el grado académico de Magister en Psicología Clínica y de la Salud). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Ojeda, J., Rodríguez, M., Estepa, J. Piña, C. & Cabeza, B. (2011) *Cambios importantes durante el embarazo*. Medicina Sur. 9(5),67-74.
- Olson, D. (1999). *Circumplex Model of Marital and Family Systems*. The Journal of Family Therapy. Recuperado de [http://erurfamilies.uwagec.org/ERFLibrary/Readings/Circumplex Model of Marital and Family Systems. Pdf](http://erurfamilies.uwagec.org/ERFLibrary/Readings/Circumplex%20Model%20of%20Marital%20and%20Family%20Systems.Pdf)
- Olson, D. Russell, C. & Sprenke, D. (1980). *Circumplex model of marital and family systems, II: Empirical Studies and clinical Intervention*. En J.P. Vicent (Ed.), *Advances in family intervention, assessment and theory I* (pp.129-179). Nueva York: Jai.
- Olson, D., Bell, R. & Portner, J. (1982). *The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales - FACES II*. Minnesota: Family Social Science
- Olson, D., Sprenkle, D. & Russell, C. (1979). *Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications*. Proceso Familiar, 18, 3-28.





Organización de las Naciones Unidas (1994). *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. Recuperado de: <https://www.forofamilia.org/documentos/VARIOS%20-%20ONU%20Redefine%20la%20familia.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1976). *Índices Estadísticos de Salud de la Familia. Informe de un grupo de estudio de la OMS*. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95350/Official\\_record243\\_spa.pdf;jsessionid=FA8BCBBFF3E72DE1466B020AAB2DC80D?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95350/Official_record243_spa.pdf;jsessionid=FA8BCBBFF3E72DE1466B020AAB2DC80D?sequence=1)

Pablo VI. (1965). *Constitución pastoral Gaudium et spes sobre la iglesia en el mundo actual*. Vaticano. Recuperado de: [http://www.vatican.va/archive/hist\\_councils/ii\\_vatican\\_council/documents/vat-ii\\_const\\_19651207\\_gaudium-et-spes\\_sp.html](http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_sp.html)

Pablo VI. (1974). *Congregación para la doctrina de fe*. Vaticano. Recuperado de: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19741118\\_declaration-abortion\\_sp.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19741118_declaration-abortion_sp.html)

Pablo VI. (1968). *Humanae Vitae*. Vaticano. Recuperado de: [http://w2.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf\\_p-vi\\_enc\\_25071968\\_humanae-vitae.html](http://w2.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html)

Palet, M. (2007). *La educación de las virtudes en la familia*. España: Ediciones Scire.

Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. Undécima Edición. México D.F., México: The Mac-Graw Hill Companies.

Pavía, C. (2000). *Consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo. Búsqueda de indicadores objetivos en el psicodiagnóstico de Rorschach*. Vida y Ética. 42(1); 16-20. Recuperado de: [www.uca.edu.ar/uca/common/grupo49/files/Trabajo\\_de\\_Investigacion\\_Lic.pdf](http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo49/files/Trabajo_de_Investigacion_Lic.pdf)

Pelaez, M. (2014). *Duelo inhibido por aborto provocado. Apoyo Tanatológico y Gestalt. (Tesis de Licenciatura)*. Asociación Mexicana de educación continua y a Distancia, México.

Puma, M. (17 de junio del 2011). *Arequipa la tercera ciudad donde se registran más abortos*. RPP Noticias, pp. 5.

Quispe, Y. (23 de Octubre del 2014). *Cerca de Tres mil abortos en Arequipa*. El correo, pp. 10.

Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662003000200014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662003000200014&lng=es&tlng=es)





- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1996). *Counseling the Self*. New York, U.S.A.: Basic Book.
- Ross, M. (2013). *El mapa de la autoestima*. (1st ed). Buenos Aires: Dunken.
- Rutter, M. (1985). *Family and school influences on behavioral development*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 22, n.3
- Salazar, P. (2013). *Relación entre Insatisfacción Corporal y Cohesión y Adaptabilidad Familiar en Adolescentes Mujeres*. (Tesis de Pregrado) Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú.
- Salgado, A. (2012). *Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana*. (Tesis doctoral). Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Sánchez, A., Bermúdez, M. & Buela-Casal, G. (2000). Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista electrónica de motivación y emoción*, (2), 2-3.
- Sapienza, G. & Pedromonico, M. (2005). *Risco, protecao e resiliencia no desenvolvimento da crianca e do adolescente. Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216. Recuperado de: [www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf)
- Secretaría Nacional de la Juventud. (2011). *Primera encuesta Nacional de la Juventud*. Primera edición. Lima. Recuperado de: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SENAJU-INEI-ENAJUV-2011.pdf>
- Sotil, A. & Quintana, A. (2002). *Influencia del clima familiar: Estrategias de aprendizaje e inteligencia emocional en el rendimiento académico*. *Revista de investigación en Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Vol. 5 Nro. 1, pp.53-69
- Taype-Rondan, A. & Merino-García, N. (2016). Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿qué dicen los números? *Revista Perú Medicina Experimental de Salud Pública*. 33(4), 829-830. Recuperado de: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpmes/v33n4/1726-4642-rpmesp-33-04-00829.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmes/v33n4/1726-4642-rpmesp-33-04-00829.pdf)
- Ulloque, L., Monterrosa, A. & Arteta, C. (2015). *Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del Caribe Colombiano*. *Revista Chilena de Obstetricia y ginecología*, 80(6), 462-474. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262015000600006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600006)



- Valdivia, C. (2008). *La familia: concepto, cambios y nuevos modelos*. La Revisión de REDIF, 15-22.
- Vera, R., & Rodríguez, A. (2011). *Validación Psicométrica De La Escala De Resiliencia (Rs) En Una Muestra De Adolescentes Portugueses*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Complutense, Madrid.
- Villalobos, A. (2009). *Proyecto de Investigación. Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner a prueba el modelo explicativo de resiliencia basado en variables psicosociales*. (Tesis de maestría). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Wagnild, G. & Young, H. (1993). *Desarrollo y evaluación psicométrica de la escala de Resiliencia*. Revista de medición de Enfermería, 1 (2) 165-177. Recuperado de: [https://sapibg.org/.../1054-wagnild\\_1993\\_resilience\\_scale\\_2.pdf](https://sapibg.org/.../1054-wagnild_1993_resilience_scale_2.pdf)
- Werner, E. & Smith R. (1982). *Vulnerable pero invencible.: Un estudio de resiliencia en niños*. Nueva York, Estados Unidos: McGraw-Hill
- Zambrano, A. (2011). *Cohesión, Adaptabilidad Familiar y rendimiento Académico en alumnos de una institución educativa del Callao*. (Tesis para optar por el grado académico de Maestro en Educación en la Mención de Evaluación y Acreditación de la Educación). Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú.
- Zarate, I. (2003). *Factores Psicosociales Familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de Educación secundaria de Lima Cercado*. (Tesis de magister en Psicología). Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/zarate\\_li/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/zarate_li/html/index-frames.html)



## ANEXOS

### Anexo 1: Escala de Autoestima de Rosenberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste con sinceridad las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

**A: Muy de acuerdo.**

**B: De acuerdo.**

**C: En desacuerdo.**

**D: Muy en desacuerdo.**

		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>1</b>	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
<b>2</b>	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
<b>3</b>	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
<b>4</b>	Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
<b>5</b>	En general estoy satisfecha de mí misma.				
<b>6</b>	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.				
<b>7</b>	En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.				
<b>8</b>	Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma.				
<b>9</b>	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
<b>10</b>	A veces creo que soy buena persona.				

**¡Gracias por tu colaboración!**



**Anexo 2: Escala de Resiliencia de Wagnild & Young**

Nº	ITEMS	DESACUERDO				DE ACUERDO		
1	Cuando planeo algo lo llevo a cabo.	1	2	3	4	5	6	7
2	Por lo general consigo lo que deseo por uno u otro modo.	1	2	3	4	5	6	7
3	Me siento capaz de mi misma más que nadie.	1	2	3	4	5	6	7
4	Para mí, es importante mantenerme interesada en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
5	En caso que sea necesario, puedo estar sola.	1	2	3	4	5	6	7
6	Me siento orgullosa de haber conseguido algunas cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7	Tomo las cosas sin mucha importancia.	1	2	3	4	5	6	7
8	Soy amiga de mí misma.	1	2	3	4	5	6	7
9	Me siento capaz de llevar varias a la vez.	1	2	3	4	5	6	7
10	Soy decidida.	1	2	3	4	5	6	7
11	Rara vez me pregunto de que se trata algo.	1	2	3	4	5	6	7
12	Tomo las cosas día por día.	1	2	3	4	5	6	7
13	Puedo sobrellevar tiempos difíciles, porque ya he experimentado dificultad.	1	2	3	4	5	6	7
14	Tengo auto disciplina.	1	2	3	4	5	6	7
15	Me mantengo interesada en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16	Por lo general encuentro de qué reírme.	1	2	3	4	5	6	7
17	Puedo sobrellevar el mal tiempo por mi autoestima.	1	2	3	4	5	6	7
18	Las personas pueden confiar en mí en una emergencia.	1	2	3	4	5	6	7
19	Puedo ver una situación desde diferentes puntos de vista.	1	2	3	4	5	6	7
20	Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no lo deseo.	1	2	3	4	5	6	7



<b>21</b>	Mi vida tiene un sentido.	1	2	3	4	5	6	7
<b>22</b>	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
<b>23</b>	Puedo salir ansiosa de situaciones difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
<b>24</b>	Tengo la energía suficiente para llevar a cabo lo que tengo que hacer	1	2	3	4	5	6	7
<b>25</b>	Acepto el que existan personas a las que no les agrado	1	2	3	4	5	6	7

**¡Gracias por tu colaboración!**



### Anexo 3: Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)

A continuación va encontrar una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familias, ninguna de dichas frases es verdadera o falsa, pues varía de familia en familia. Debe leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente marcando con una (X) la alternativa que según usted refleja cómo vive en su familia:

	<b>FACES III</b>	<b>Casi Nunca (1)</b>	<b>Una que otra vez (2)</b>	<b>A veces (3)</b>	<b>Con frecuenci (4)</b>	<b>Casi siempre (5)</b>
1	Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.					
2	En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.					
3	Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.					
4	Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.					
5	Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.					
6	Diferentes personas en la familia actúan en ella como líderes.					
7	Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas en la familia.					
8	En nuestra familia hacemos cambios a la hora de hacer los quehaceres.					
9	A los miembros de la familia les gusta pasar juntos el tiempo libre.					
10	Padres e hijos discuten juntos las sanciones.					
11	Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.					
12	Los hijos toman las decisiones en la familia.					
13	Cuando en nuestra familia compartimos actividades todos estamos presentes.					



14	Las reglas cambian en nuestra familia.					
15	Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.					
16	Nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17	Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.					
18	Es difícil identificar quién o quiénes son los líderes en nuestra familia.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil quién hace las labores del hogar					

**¡Gracias por tu colaboración!**



## APÉNDICES

### Apéndice 1: Consentimiento Informado

Buen día, somos Romina Miranda Chávez y Randy Farfán Pinto egresadas de la Carrera Profesional de Psicología de la Universidad Católica San Pablo. Actualmente, nos encontramos realizando una investigación sobre la “Autoestima, Resiliencia y Funcionamiento Familiar en la decisión del Aborto”. En este sentido, solicito tu participación voluntaria como parte de este estudio. El mismo consta de la aplicación de tres pruebas con una serie de preguntas sobre los temas de interés. Los instrumentos serán aplicados en una única sesión y tus respuestas serán recogidas usando tu número de DNI, por lo que serán anónimas. Asimismo, los datos obtenidos serán manejados de manera estrictamente confidencial, es decir, tu identidad no será revelada en ningún momento de la investigación, ni después de ella, y los resultados de las pruebas aplicadas servirán para los fines académicos del estudio. Si estás de acuerdo con participar, por favor marca con un aspa la alternativa correspondiente.

Desde ya agradecemos tu participación.

- Acepto participar como parte de este estudio ( )
- No acepto participar como parte de este estudio ( )

-----/-----/-----

Firma de la Participante      Fecha





**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Apéndice 2: Ficha de datos**

Edad:	Grado de Instrucción:
DNI:	Ocupación:
Sexo:	Lugar de Residencia:
Estado Civil:	Nivel Socioeconómico:

N° de embarazos:	N° de abortos:
N° de hijos (Sin contar el ultimo embarazo):	Provocado ( ) Espontaneo ( )
Intención de Aborto:	Método:

**Integrantes de su familia nuclear:**

Parentesco	Edad

**Observaciones:**

---

---

---

---

